

ORIGINAL

Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi

Pilar Comet-Cortés^{a,*}, Gema Escobar-Aguilar^b, Teresa González-Gil^b, Amaia De Ormijana-Sáenz Hernández^c, Manuel Rich-Ruiz^d, Clara Vidal-Thomas^e, Pilar Córcoles-Jiménez^f, Dolores Izquierdo-Mora^g y Carmen Silvestre-Busto^h, en representación de la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIII)♦

^aUnidad Mixta de Investigación, Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa», Zaragoza, España

^bUnidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-ISCIII, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^cHospital de Basurto, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Bilbao, España

^dEscuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

^eGabinete Técnico Gerencia Atención Primaria de Mallorca, Palma de Mallorca, España

^fÁrea Desarrollo Organizacional, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^gDirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud, Sta. Cruz de Tenerife, España

^hOsakidetza-Comarca Guipuzcoa Ekialde, Unidad de Calidad, Donostia-San Sebastián, España

Recibido el 2 de mayo de 2009; aceptado el 22 de octubre de 2009

Disponible en Internet el 26 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Investigación en enfermería;
Prioridades de investigación;
Prioridades en salud;
Investigación en servicios de salud;
Consenso;
Técnica Delphi

Resumen

Objetivo: Identificar las prioridades de investigación en cuidados de salud en España, desde la perspectiva de los profesionales de enfermería y de los usuarios de los servicios de salud.

Método: Técnica Delphi modificada desarrollada sobre un listado de 24 ítems identificados a partir del consenso previo de un grupo de trabajo. El panel de expertos participantes en la técnica Delphi modificada (2 vueltas) se compuso de cinco grupos: directores de enfermería (Atención Primaria y Hospitalaria), directores de escuelas de enfermería, presidentes de asociaciones científicas de enfermería, investigadores asistentes a los Encuentros de Investigación organizados por Investén-ISCIII, y representantes de usuarios. Se realizaron dos rondas de priorización.

Resultados: Tras el consenso de los participantes, fueron consideradas como principales prioridades de investigación en cuidados: «la evaluación de la eficacia de intervenciones

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pcomet@unizar.es (P. Comet-Cortés).

♦La relación de autores que componen la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la investigación en Enfermería (Investén-ISCIII) se desarrolla en el Anexo 1.

de enfermería», «la promoción de la salud: desarrollo de estrategias para implicar al usuario en sus cuidados», «cuidados basados en la evidencia: implantación y evaluación de resultados en la práctica clínica», y «medición de la calidad de cuidados enfermeros». *Conclusiones:* Los resultados obtenidos a través de este estudio pueden contribuir a facilitar la toma de decisiones en materia de gestión de la investigación, ayudando a una mejor justificación y, previsiblemente, mayor financiación de los proyectos de investigación en esta área.

© 2009 Elsevier España, S.L Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Nursing research;
Research priorities;
Health priorities;
Health care research;
Consensus;
Delphi technique

To establish nurse research priorities in Spain: Delphi study

Abstract

Objective: To identify nursing research priorities in Spain as suggested by nurses and service users.

Method: A Modified Delphi technique was used. The first round started off with a 24-item document for which consensus had been previously achieved. Experts participating in this modified (two rounds) Delphi technique were: nursing managers (community and hospital care settings), nursing school directors, scientific nursing association representatives, nursing researchers attending the National Nursing Research Conference, and service users.

Results: Main priorities identified for nursing research were: 1) evaluating the effectiveness of nursing interventions, 2) identifying strategies for health promotion empowering service users, 3) developing evidence-based care through implementing and evaluating results, and 4) evaluating the quality of nursing care.

Conclusions: Results may help research managers and administrators identify and develop nursing research promotion strategies as well as more strongly sustained funding policies and decisions.

© 2009 Elsevier España, S.L All rights reserved.

Qué se conoce

Es necesario identificar prioridades de investigación en cuidados para una eficiente distribución de los recursos.

Las técnicas de consenso son una metodología adecuada para identificar prioridades de investigación en salud.

Qué aporta

Las prioridades de investigación en cuidados son «evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería», «la promoción de la salud: desarrollo de estrategias para implicar al usuario» y «cuidados basados en la evidencia: implantación y evaluación de resultados en la práctica clínica».

Introducción

En el contexto actual, la idea de que la provisión de servicios de salud debe sustentarse en evidencias sólidas parece ser aceptada tanto por los profesionales de la salud como por la población. La evidencia es algo que comprueba, demuestra o verifica una determinada afirmación, y que se construye a partir de investigación realizada sobre criterios

metodológicos rigurosos^{1,2}. Se trata por tanto, de cuestionarse las intervenciones realizadas en la práctica, generar conocimiento nuevo acerca de ellas y utilizar los resultados obtenidos a partir de la investigación.

En coherencia con esta realidad, en el año 1996, el Comité Europeo de Salud recomendó a sus estados miembros la creación de una estrategia que impulsara la investigación en enfermería y que permitiera el desarrollo de su campo de conocimientos, con el consecuente aumento de la evidencia científica. Entre las actividades recomendadas para el desarrollo de esta estrategia se señalaba el establecimiento de prioridades en investigación en este ámbito disciplinar³. Una recomendación que responde, por una parte, a la necesidad de aunar esfuerzos para investigar en aquellos ámbitos asistenciales en los que las necesidades de salud identificadas resulten de mayor relevancia; y por otra, a las crecientes limitaciones en la financiación de la investigación que exigen la identificación de prioridades de investigación para redirigir los recursos hacia dichos ámbitos⁴.

En el año 1998, y en un intento por establecer una agenda común, la Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó sus propias prioridades de investigación en enfermería⁵, principalmente relacionadas con aspectos como la organización de cuidados, las condiciones laborales de los profesionales, la calidad de los servicios, las poblaciones vulnerables o el control de infecciones.

Por su parte, países como EE.UU., UK, Australia, África, Finlandia, Korea⁶⁻⁸ y España⁹ también han desarrollado procesos encaminados al establecimiento de prioridades de investigación en enfermería. Los resultados de estos

estudios previos muestran una gran diversidad en las prioridades identificadas, tanto entre los diferentes países como entre los diferentes ámbitos profesionales. Estas aparentemente paradójicas diferencias se justifican por una amplia variabilidad de contextos sociales y culturales que determinan necesidades de salud muy dispares y un grado diferente de desarrollo de la disciplina enfermera⁶⁻¹⁷.

En el ámbito español, en 1990 un grupo de trabajo de enfermería, creado en el marco de los programas del Fondo de Investigación Sanitaria (organismo público de financiación de la investigación biomédica en España), señaló la necesidad de realizar este proceso en nuestro país¹⁸, una necesidad a la que dieron respuesta diversos estudios. Así, en 1994, el Instituto de Estudios de la Salud del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Cataluña puso en marcha un estudio encaminado a conocer las áreas prioritarias en esta Comunidad¹⁹; y en el año 1996 el Grupo Investén-ISCIII desarrolló un proceso similar a partir de la utilización de la técnica de Grupo Nominal en la que participaron 40 profesionales de enfermería de todos los ámbitos³. Basándose en los resultados de este primer estudio, en 1999 se llevó a cabo un estudio Delphi⁹ dirigido de nuevo a identificar prioridades implicando a un mayor número de participantes. Los resultados de dicho estudio identificaron las siguientes prioridades: 1) análisis de la continuidad y coordinación de los cuidados de enfermería, 2) calidad de los cuidados de enfermería, 3) repercusión de las técnicas y tratamientos agresivos en la calidad de vida, 4) necesidades de los cuidadores principales, 5) calidad de vida de la población anciana, 6) satisfacción de los usuarios y 7) necesidades de la persona en fase terminal y su familia.

Desde entonces hasta la actualidad, las necesidades de salud de la población han cambiado de la misma manera que lo han hecho la disciplina enfermera y la investigación desarrollada por sus profesionales. En este sentido, hoy en día la identificación de prioridades de investigación en consonancia con las necesidades de salud actuales y las competencias enfermeras crecientes resulta, en sí misma, una prioridad.

Por todo ello, nos planteamos la importancia de reevaluar las necesidades actuales de salud y, en coherencia, la identificación de las prioridades de investigación en cuidados, teniendo en cuenta la perspectiva de los profesionales de enfermería y de los usuarios de los servicios de salud.

La mayoría de los trabajos que han identificado prioridades de investigación utilizan métodos de consenso, principalmente la técnica Delphi y ocasionalmente grupos de discusión^{14-16,20-22}. El método Delphi es una técnica de consenso desarrollada por la «RAND Corporation» en los años 50 ideada para obtener el consenso de expertos sobre diversos fenómenos²³. Los autores proponemos la realización de un trabajo de consenso utilizando la técnica Delphi modificada que al igual que la técnica Delphi, tiene por objetivo conseguir una convergencia de los juicios, pero partiendo de un trabajo de discusión previamente consensuado²⁴.

Método

El proyecto se desarrolló en dos fases. Una primera fase cuyo objetivo fue elaborar un listado de prioridades de

investigación en enfermería, mediante la técnica de grupo de discusión; y una segunda fase con el fin de establecer las prioridades de investigación en enfermería en España a partir del listado elaborado en la primera fase, para lo que se utilizó la técnica Delphi modificada²⁴.

Fase I

En primer lugar el equipo investigador realizó una revisión de la literatura científica sobre prioridades de investigación en cuidados de salud, sobre las prioridades establecidas por organismos financiadores nacionales e internacionales y sobre políticas de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) en materia de investigación. Con esta información se elaboró un dossier de trabajo que fue enviado por correo electrónico a un grupo de expertos formado por los miembros del grupo Investén-ISCIII y de su Consejo Consultivo Asesor (68 personas) (dicho grupo aseguraba una representación de los diferentes ámbitos profesionales y de las diferentes CC.AA.). Del trabajo de este grupo de expertos se elaboró un documento con 16 áreas temáticas de investigación que recogían aspectos de todos los ámbitos profesionales de enfermería (asistencial, docente, gestor e investigador) y 128 prioridades distribuidas entre las áreas temáticas. A partir de dicho documento se organizó una jornada de trabajo con la finalidad de elaborar un listado de prioridades definitivo. Para ello se organizaron 4 grupos de discusión formados por 43 miembros del grupo de expertos. De las aportaciones de los distintos grupos de discusión se consensuó un documento único con 24 prioridades de investigación que constituyeron el punto de partida para la segunda fase del proyecto (tabla 1).

Fase II

DISEÑO Técnica Delphi modificada²⁴.

Participantes

Se escogieron a los siguientes participantes:

- Directores de enfermería de Atención Hospitalaria (n = 303, Catálogo Nacional de Hospitales 2006).
- Directores de enfermería de Atención Primaria (n = 129, Catálogo Nacional de Centros de Atención Primaria 2006).
- Directores de escuelas universitarias de enfermería (n = 109, Colegio profesional de Enfermería de Madrid, 2006).
- Presidentes de asociaciones científicas de enfermería (n = 46, Colegio profesional de Enfermería de Madrid, 2006).
- Investigadores asistentes a los encuentros de investigación en enfermería organizados por la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería. Investén-ISCIII (n = 676).
- Miembros del Foro Español de Pacientes (órgano de representación del colectivo de pacientes españoles formado por 20 entidades que representan más de 900 organizaciones y más de 500.000 socios) (n = 20).

Tabla 1 Áreas temáticas y prioridades establecidas por el grupo de consenso (fase 1 del estudio)

Áreas de investigación	Prioridades de investigación
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad/educación para la salud	Promoción de la salud: desarrollo de estrategias para implicar al usuario en sus cuidados
Cuidados a la población mayor	Promoción de la salud en poblaciones vulnerables
Cuidados en procesos crónicos	Gestión y evaluación de sistemas eficaces de educación para la salud
Cuidados a la mujer y la infancia	Recursos e intervenciones en el cuidado de personas mayores
Gestión y calidad de los cuidados	Auto cuidados y toma de decisiones respecto a la salud de la propia persona
Gestión de las personas (recursos humanos)	Calidad de vida en personas mayores y sus cuidadores
Nuevas metodologías de enseñanza/docencia y formación continuada	Cuidados integrales a las personas con problemas crónicos
Fomento de la investigación y su aplicación a la práctica	Continuidad de cuidados en procesos crónicos
Cuidados a la población inmigrante	Intervenciones en cuidadores informales de personas con problemas crónicos
	Cuidados paliativos y calidad de vida de las personas con procesos terminales y sus familias
	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la infancia y la adolescencia
	Intervenciones de enfermería ante la violencia
	Evaluación de la eficacia de intervenciones de enfermería
	Aplicación de las tecnologías de la información y comunicación a la gestión de cuidados
	Medición de la calidad de cuidados enfermeros
	Organización de servicios enfermeros. Cargas de trabajo y distribución de recursos humanos
	Salud laboral
	Evaluación de nuevas metodologías docentes
	Interrelación entre la formación académica y la práctica profesional
	Identificación de necesidades y desarrollo de estrategias para la formación continuada
	Cuidados basados en la evidencia: implantación y evaluación de resultados en la práctica clínica
	Identificación de barreras y desarrollo de estrategias para el fomento de la investigación en cuidados
	Evaluación de la actividad investigadora
	Cuidados transculturales

Tabla 2 Tamaño muestral y distribución de la muestra por estratos

Estrato	%	n	n	n x 2
Atención Hospitalaria (AH)	23,73	303	55	110
Atención Primaria (AP)	10,10	129	23	46
Escuelas de enfermería (EE)	8,54	109	20	40
Asociaciones científicas (AC)	3,6	46	8	16
Investigadores congresos (I)	52,94	676	122	244
Foros de pacientes (FP)	1,1	20	3	20
Total	100	1.283	231	476

Muestreo y tamaño muestral

Para la selección de la muestra se realizó un muestreo estratificado según los diferentes grupos (estratos) de profesionales y se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple en cada estrato dando una representación proporcional a los mismos en relación a su distribución en el total de la

población. Para el estrato de representantes de los usuarios y dado que el Foro de pacientes representa a un número muy elevado de usuarios, el equipo investigador consideró oportuno no realizar muestreo y escoger a toda la población ($n = 20$).

A partir de la población total ($n = 1.283$), se calculó un tamaño muestral de 231, con un error de muestreo del 3% y un IC del 95% bajo la hipótesis de varianza desconocida. Anticipando una tasa de respuesta no superior al 50%^{6-9,12,21} se propuso duplicar el tamaño muestral a 476 participantes (tabla 2).

Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo en dos rondas en las que se contactó con los participantes a través de su correo electrónico personal, realizando hasta 3 recordatorios en cada ronda para aumentar la tasa de respuesta.

En la primera ronda se envió un formulario en formato electrónico con las 24 prioridades obtenidas del consenso de la fase 1 (tabla 1).

Para la segunda ronda se rediseñó ese primer formulario en función de las 10 prioridades mejor valoradas en la primera ronda. Para la priorización en la segunda ronda los participantes disponían de la puntuación media y desviación estándar obtenidas en la ronda anterior para cada prioridad, además de las puntuaciones personalizadas de las respuestas que otorgaron en la primera ronda, de manera que, una vez valorados los resultados del conjunto, se ratificasen en sus respuestas o las modificaran.

En ambas rondas, las posibilidades de valoración de cada ítem se situaban entre el 1 y el 9, siendo 1 el valor menos prioritario y 9 el de máxima prioridad.

Análisis de los datos

En cuanto a las aportaciones realizadas por los participantes se calculó la mediana y la puntuación media para cada ítem obtenida del total de respondientes y para cada uno de los grupos encuestados por separado. La proporción de los que respondieron y los que no se analizó mediante el cálculo de porcentajes.

Las diferencias entre los estratos se analizaron mediante comparación de proporciones a través de la *prueba z* y realizando las correcciones de valores *p* para comparaciones múltiples a través del *método de Bonferroni*.

El «grado de consenso» se realizó mediante el contraste de diferencia de medias de cada ítem en los estratos participantes (*prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis*). Las diferencias entre los estratos o grupos para cada uno de los ítems se realizó mediante un *análisis de la varianza* (ANOVA) para un factor, empleando la prueba post hoc con el estadístico de contraste de Tukey para detectar qué grupos o estratos difieren estadísticamente. Para todo el análisis de datos se utilizó un IC del 95%. El análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS.

Consideraciones éticas

Los participantes fueron informados de los objetivos del estudio. La participación fue voluntaria, solicitando consentimiento a través del correo electrónico. Para asegurar la confidencialidad de los datos y la privacidad de los participantes se asignaron códigos de identificación a cada una de las unidades de respuesta.

Resultados

El total de personas contactadas fue de 445, quedando los diferentes estratos representados de la siguiente manera: 25,2% (112) directores de enfermería de atención hospitalaria (AH), 10,3% (46) directores de enfermería de Atención Primaria (AP), 8,1% (36) directores de escuelas de enfermería (EE), 3,4% (15) presidentes de asociaciones científicas (AC), 48,5% (216) investigadores (I) y 4,5% (20) representantes del foro de pacientes (FP). De las 445 personas contactadas por correo electrónico, 270 (60,7%) accedieron a participar en el Delphi, 21 (4,7%) denegaron su participación y 154 (34,6%) no contestaron.

En la *tabla 3* se resumen las características de los participantes y su tasa de respuesta para la primera y segunda ronda, así como para los diferentes estratos. Los

Tabla 3 Características de los respondientes y tasa de respuesta según las rondas y los estratos

	1.ª ronda	2.ª ronda
Edad	45,20 (DE 9,085)	45,31 (DE 9,051)
Mujeres	170 (73,6%)	164 (72,9%)
Tasa respuesta general n=445	231(51,91%)	225 (50,56%)
Tasa de respuesta		
Atención Hospitalaria (AH) n=112	42 (35,5%)	41 (36,6%)
Atención Primaria (AP) n=46	20 (43,5%)	20 (43,5%)
Escuelas de enfermería (EE) n=36	21 (58,3%)	21 (58,3%)
Asociaciones científicas (AC) n=15	8 (53,3%)	8 (53,3%)
Investigadores (I) n=216	134 (62%)	130 (60,2%)
Foro pacientes (FP) n=20	6 (30%)	5 (25%)

DE: desviación estándar; n: tamaño muestral.

investigadores son los que más responden en la primera ronda, identificándose diferencias significativas en la proporción de respuestas con respecto a los «directores de Atención Hospitalaria» que son los que menos responden. En la segunda ronda la proporción de respuestas de los «investigadores» también es la más elevada existiendo diferencias significativas respecto a las tasas de respuesta del «foro de pacientes» y de los «directores de Atención Hospitalaria» ($p < 0,05$ utilizando la corrección de Bonferroni).

Los resultados de las puntuaciones otorgadas en la primera ronda se muestran en la *tabla 4*. Utilizando el estadístico de contraste Kruskal-Wallis, para comparar las respuestas por estratos (grupos de profesionales y pacientes), las puntuaciones medias otorgadas son homogéneas (no hay diferencias estadísticamente significativas) entre los diferentes grupos en las prioridades 1–11, 17, 20, 22 y 23. Sin embargo, sí observamos diferencias significativas en las puntuaciones medias otorgadas a las prioridades 12–16, 18, 19, 21 y 24. Aplicando el ANOVA de un factor para observar las diferencias entre grupos para cada prioridad, y el estadístico de contraste de Tukey para especificar los grupos que difieren, encontramos cómo el grupo de «foro de pacientes» difiere de todos los demás grupos ($p < 0,05$) otorgando menor puntuación a los ítems «evaluación de la eficacia de intervenciones de enfermería», «medición de la calidad de cuidados enfermeros» y «cuidados basados en la evidencia: implantación y evaluación de resultados en la práctica clínica». Asimismo, los grupos de los «presidentes de asociaciones científicas» y «directores de Atención Primaria» otorgan menor puntuación media a la prioridad «cuidados transculturales» ($p < 0,001$) respecto a la otorgada por los «investigadores», los «directores de Atención Hospitalaria» y los «directores de escuelas de enfermería».

La *tabla 5* presenta las 10 prioridades seleccionadas tras la segunda ronda (ordenadas de mayor a menor prioridad) y sus puntuaciones medias. Utilizando el estadístico de contraste Kruskal-Wallis para la comparación de las puntuaciones otorgadas a los ítems tras la segunda ronda por los

Tabla 4 Puntuación media general y por grupos de las prioridades tras la primera ronda

Prioridades	Media (DE*) global	Puntuaciones medias por grupos						Dif. medias valor p
		AH	AP	EE	AC	I	FP	
1. Promoción de la salud: desarrollo de estrategias para implicar al usuario en sus cuidados	7,58 (1,572)	7,31	8,00	7,76	7,25	7,62	6,83	0,84
2. Promoción de la salud en poblaciones vulnerables	7,38 (1,544)	7,17	7,35	7,57	7,12	7,45	7,17	0,87
3. Gestión y evaluación de sistemas eficaces de EpS	7,04 (1,553)	7,14	7,20	6,90	7,00	7,07	5,67	0,52
4. Recursos e intervenciones en el cuidado de personas mayores	7,23 (1,456)	7,50	7,55	7,48	6,12	7,13	7,33	0,29
5. Auto cuidados y toma de decisiones respecto a la salud de la propia persona	7,07 (1,680)	7,19	7,35	7,05	6,88	7,05	6,00	0,82
6. Calidad de vida en personas mayores y sus cuidadores	7,32 (1,472)	7,50	7,05	7,67	7,50	7,25	7,33	0,47
7. Cuidados integrales a las personas con problemas crónicos	7,02 (1,607)	7,29	6,55	7,52	7,38	6,88	7,50	0,07
8. Continuidad de cuidados en procesos crónicos	6,96 (1,568)	7,36	6,70	7,48	7,75	6,73	7,17	0,07
9. Intervenciones en cuidadores informales de personas con problemas crónicos	6,71 (1,474)	6,52	6,70	6,95	6,50	6,77	6,00	0,72
10. Cuidados paliativos y calidad de vida de las personas con procesos terminales y sus familias	7,44 (1,428)	7,79	7,00	7,43	6,25	7,49	6,83	0,25
11. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la infancia y la adolescencia	7,29 (1,625)	7,26	6,95	7,52	6,38	7,41	6,17	0,23
12. Intervenciones de enfermería ante la violencia	6,43 (1,797)	6,19	6,55	7,19*	5,00*	6,51	5,17	0,022
13. Evaluación de la eficacia de intervenciones de enfermería	7,77 (1,607)	7,71*	8,25*	8,05*	7,88*	7,79*	5,17**	0,012
14. Aplicación de las tecnologías de la información y comunicación a la gestión de cuidados	6,71 (1,659)	7,31**	6,95	6,95	7,50	6,49*	5,00*	0,005
15. Medición de la calidad de cuidados enfermeros	7,51 (1,737)	7,88*	8,40*	7,95*	8,25*	7,27*	4,67**	0,001
16. Organización de servicios enfermeros. Cargas de trabajo y distribución de recursos humanos	6,82 (1,943)	7,62*	7,25*	7,05*	6,12	6,62*	4,33**	0,003
17. Salud laboral	5,74 (1,839)	5,95	5,00	6,62	4,75	5,71	5,83	0,91
18. Evaluación de nuevas metodologías docentes	6,22 (1,876)	6,36*	6,25	7,38**	5,12*	6,14	4,17*	0,009
19. Interrelación entre la formación académica y la práctica profesional	6,86 (1,890)	6,81	6,20*	7,90**	6,62	6,90	5,17*	0,025
20. Identificación de necesidades y desarrollo de estrategias para la formación continuada	6,24 (1,774)	6,40	5,90	6,67	5,12	6,29	5,00	0,12
21. Cuidados basados en la evidencia: implantación y evaluación de resultados en la práctica clínica	7,46 (1,746)	7,43*	7,85*	7,62*	8,12*	7,50*	4,17**	0,040
22. Identificación de barreras y desarrollo de estrategias para el fomento de la investigación en cuidados	6,88 (1,708)	7,00	6,80	7,33	7,62	6,83	4,83	0,15
23. Evaluación de la actividad investigadora	6,39 (1,859)	6,64	6,25	6,86	5,38	6,39	4,67	0,19
24. Cuidados transculturales	6,19 (1,957)	6,31	5,65*	7,43**	4,12*	6,24	4,33*	0,00

AC: asociaciones científicas; AH: Atención Hospitalaria; AP: Atención Primaria; DE: desviación estándar; EE: escuelas de enfermería; FP: foro de pacientes; I: investigadores.

*Grupos que presentan diferencias significativas entre ellos.

**Grupo que en esa prioridad es el responsable de las diferencias significativas con los grupos señalados.

diferentes estratos (grupos profesionales y pacientes) y el estadístico de contraste de Tukey para la identificación de los grupos que más difieren, el grupo de «foro de pacientes» difiere de manera estadísticamente significativa de todos los demás grupos en las prioridades: «evaluación de la eficacia de intervenciones de enfermería» ($p = 0,001$), «medición de la calidad de cuidados enfermeros» ($p = 0,001$), «cuidados basados en la evidencia: implantación y evaluación de resultados en la práctica clínica» ($p = 0,003$), otorgando una

puntuación media menor para cada una de las prioridades citadas (fig. 1).

Discusión

La tasa de respuesta obtenida (50%), y las diferencias en las prioridades señaladas por los usuarios al respecto de aquellas apuntadas por los profesionales son las dos

Tabla 5 Puntuación media general de las 10 prioridades tras la segunda ronda

N.º	Prioridades	Media (DE*)
1.	Evaluación de la eficacia de intervenciones de enfermería	8,05 (1,194)
2.	Promoción de la salud: desarrollo de estrategias para implicar al usuario en sus cuidados	7,85 (1,128)
3.	Cuidados basados en la evidencia: implantación y evaluación de resultados en la práctica clínica	7,80 (1,341)
4.	Medición de la calidad de cuidados enfermeros	7,68 (1,334)
5.	Cuidados paliativos y calidad de vida de las personas con procesos terminales y sus familias	7,49 (1,357)
6.	Promoción de la salud en poblaciones vulnerables	7,46 (1,228)
7.	Calidad de vida en personas mayores y sus cuidadores	7,32 (1,456)
8.	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la infancia y la adolescencia	7,32 (1,375)
9.	Recursos e intervenciones en el cuidado de personas mayores	7,28 (1,263)
10.	Auto cuidados y toma de decisiones respecto a la salud de la propia persona	7,20 (1,434)

*DE: desviación estándar.

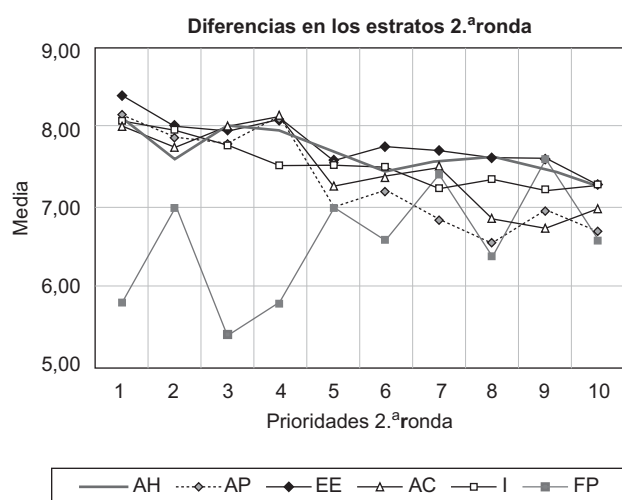


Figura 1 Puntuaciones de los ítems tras la segunda ronda y diferencias entre los grupos.

limitaciones más importantes que contextualizan la interpretación y utilización de los resultados de este estudio. Cabe, sin embargo, señalar cómo un 50% resulta una tasa comparable a las de otros estudios de similares características^{21,25,26}, e incluso más elevada que en otros^{6,12}. En el diseño del estudio previendo esta tasa de respuesta se duplicó el tamaño muestral calculado inicialmente. En relación a las diferencias entre ambos grupos de participantes y a pesar de ellas, los resultados parecen sin embargo coherentes con las perspectivas que, sobre el sistema, su funcionamiento y organización, tienen usuarios y profesionales. Así, parece sensato que los usuarios prioricen aquellas opciones relacionadas directamente con una situación de salud y/o un grupo poblacional concretos, o, como es lógico hoy en día, aquéllas que promueven su participación activa en el sistema. Del mismo modo, parece ajustado con su posición el hecho de que los profesionales participantes señalen como prioritarias áreas mucho más cercanas al momento evolutivo de su realidad profesional. No obstante, y aunque estas diferencias en los temas priorizados por usuarios y profesionales son señaladas también por McIntyre (2009)²⁷ y pueden tener que ver con esa distinta perspec-

tiva, también es cierto que el hecho de que este grupo de participantes otorgue una puntuación muy baja a ítems que los profesionales señalan como prioritarios puede relacionarse con la forma de participación de los usuarios en nuestro estudio (los miembros del Foro Español de Pacientes no participaron en la primera fase), por lo que el listado de prioridades inicial, podría estar sesgado hacia una visión profesional.

Teniendo ambas limitaciones en cuenta, una aproximación general a los resultados de este estudio nos permite identificar la «evaluación de la eficacia de intervenciones de enfermería», la «promoción de la salud: desarrollo de estrategias para implicar al usuario en sus cuidados» y los «cuidados basados en la evidencia: implantación y evaluación de resultados en la práctica clínica» como las tres prioridades más relevantes identificadas en este trabajo.

Estos resultados parecen guardar una estrecha relación con el movimiento, actualmente en auge en nuestro país y en el resto del mundo, de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PBE)^{2,28}. Este movimiento señala la medición y la evaluación de la práctica clínica, así como la preocupación por la inclusión del paciente y su contexto en las formas de atención como elementos esenciales en la generación de evidencia^{1,2,28}.

Por su parte, el resto de prioridades que siguen a estos tres primeros ítems también parecen responder a realidades sociales y políticas de gran relevancia actual para el sistema sanitario público de nuestro país. Así, prioridades como la «medición de la calidad de los cuidados enfermeros» encuentran su reflejo en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁹ que establece «la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados» y recomienda sistemas de mejora de la calidad en los servicios de salud. Del mismo modo, la prioridad referida a los «cuidados paliativos y calidad de vida de las personas con procesos terminales y sus familias» recibe un importante respaldo en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, la realidad social de nuestro país es la que parece guardar una mayor relación con prioridades como la «calidad de vida en personas mayores y sus cuidadores» y «recursos e intervenciones en el cuidado de personas mayores», en relación al marcado envejecimiento

poblacional al que España se enfrenta hoy día y lo seguirá haciendo en los próximos años. El hecho de que las prioridades identificadas en este trabajo encuentren su reflejo en la realidad profesional, política y social de nuestro país no hace sino dar consistencia a estos resultados, pero exigen, como para cualquier otro estudio, de su contextualización, nacional e internacional, para una interpretación y utilización más apropiadas de los mismos.

Así, los resultados de este estudio coinciden con propuestas previas desarrolladas en España como las de Pulpón et al (1995)¹⁹, al priorizar problemas relacionados con el envejecimiento, su calidad de vida y los cuidadores y con la educación sanitaria. Con respecto al estudio de Moreno-Casbas et al (2000)⁹, encontramos similitudes en las líneas relacionadas con la calidad y la medición de la calidad de los cuidados, la calidad de vida de los mayores y personas con problemas crónicos y la promoción de la salud e implicación del usuario en su autocuidado. Así mismo también coincide con las prioridades establecidas en Asturias, en la Primera Jornada de Trabajo de Investigación de Enfermería³⁰ celebrada en 2004, en la que se identificaron como prioritarias, «la investigación sobre calidad y efectividad de los cuidados enfermeros» y «los cuidados a grupos poblacionales concretos, especialmente a ancianos y cuidadores».

En nuestro estudio pierden, sin embargo, importancia las prioridades relacionadas con el desarrollo profesional (investigación en cuidados, formación continuada, y fundamentos enfermeros), y aspectos funcionales de los sistemas de salud, identificados en el estudio de Moreno-Casbas et al (2000)⁹. Estas diferencias parecen, de nuevo, en coherencia con la situación actual de la profesión enfermera en España, que ha pasado de la necesidad de justificarse como disciplina a la necesidad de mejorar el resultado de su práctica.

Si comparamos ahora los resultados de este estudio con los hallazgos de otros de ámbito internacional, encontramos importantes similitudes con estudios como el de Kim et al (2000)⁶, que establece como prioritarias la investigación en la práctica clínica y en atención domiciliaria, o el desarrollado por la Agencia para la Investigación y la Calidad en el Cuidado en Salud de EE.UU. (1998)⁷, que identifica como prioritarias la «eficiencia y resultados en investigación», la «calidad asistencial» y la «práctica basada en la evidencia».

La identificación de la «evaluación de la eficacia de intervenciones de enfermería», la «promoción de la salud: desarrollo de estrategias para implicar al usuario en sus cuidados» y los «cuidados basados en la evidencia: implantación y evaluación de resultados en la práctica clínica» como las mayores prioridades resulta, por tanto, coherente con los resultados descritos por estudios previos a nivel nacional e internacional. Pero además, esta identificación refleja una realidad actual y nacional que pone de relieve la preocupación de la profesión enfermera en España por la realización de una investigación que se traduzca en una práctica eficaz y de calidad que responda a los principales problemas de salud de la población. En este sentido, esperamos que los resultados de nuestro estudio ayuden tanto a profesionales como a instituciones y entidades financiadoras para la promoción, soporte y desarrollo de futuras investigaciones dirigidas a la mejora de la calidad de los cuidados.

Agradecimientos

En primer lugar, agradecemos su colaboración a todos aquellos profesionales de enfermería y representantes de los pacientes que han participado en este proyecto. Sin ellos este estudio no habría sido posible. Además queremos agradecer especialmente la colaboración de M. Concepción Martín Arribas, Lara Martínez Gimeno y Lucía García Grande, en determinadas fases del proyecto, así como la inestimable ayuda de Oscar Caño Blasco en el soporte informático del mismo y de Rocío Amillategui Dos Santos en el análisis estadístico.

Financiación

Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria en la convocatoria de Proyectos de investigación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2006. Código del proyecto PI06/90615.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1

La Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIII) la componen: Teresa Moreno Casbas, Pilar Comet Cortés, Gema Escobar Aguilar, Susana Navalpastro Pascual, Dolores Izquierdo Mora, Carmen Fuentelsaz Gallego, Enrique Oltra Rodríguez, M. Isabel Orts Cortés, Manuel Rich Ruiz, Amaia Sáenz de Ormijana Hernández, Joana M. Taltavull Aparicio, Esther González María, Clara Vidal Thomas, Eva Abad Corpa, Elena Altarribas Bolsa.

Bibliografía

1. Rycroft-Malone J, Seers K, Ttchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs*. 2004;47:81-90.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
3. Grupo de Trabajo de Investigación de Enfermería en REUNI. Recomendaciones del Comité Europeo sobre la investigación de enfermería. *Enferm Clin*. 1997; 7: 262-40.
4. Castrillón MC. Trends and priorities in nursing research. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12:583-8.
5. Hirschfeld MJ. WHO priorities for a common nursing research agenda. *Int Nurs Rev*. 1998;45:13-4.
6. Kim MJ, Oh EG, Kim CJ, Yoo JS, Ko IS. Priorities for nursing research in Korea. *J Nurs Scholarsh*. 2002;34:307-12.
7. AHCPR. Priorities from the US Agency for Health Care Policy and Research. *J Nurs Scholarsh* 1998; 30: 124.
8. Henry B, Chang W. Nursing research and priorities in Africa, Asia and Europe. *J Nurs Scholarsh*. 1998;30:115-6.
9. Moreno Casbas T, Martín Arribas C, Orts Cortés I, Comet Cortés P. Identification of priorities for nursing research in Spain: A Delphi study. *J Adv Nurs*. 2000;35:857-63.
10. Peirce A, Cook S, Larson E. Focusing research priorities in schools of nursing. *J Prof Nurs*. 2004;20:156-9.
11. Daly J, Hang E, Bell P. Clinical nursing research priorities in Australian critical care: a pilot study. *J Adv Nurs*. 1996;23:145-51.

12. Bayley EW, MacLean SL, Desy P, McMahon M. ENA's Delphi Study on National Research Priorities for Emergency Nurses in the United States. *J Emerg Nurs.* 2004;30:12-21.
13. Chang E, Daly J. Priority areas for clinical research in palliative care nursing. *Int J Nurs Pract.* 1998;4:247-53.
14. Misener TR, Watkins JG, Ossege J. Public health nursing research priorities: a collaborative Delphi study. *Public Health Nurs.* 1994;11:66-74.
15. Hollis N, Davis I, Reeb R. Use of a Delphi technique to prioritize clinical nursing research needs. *Nursingconnections.* 1995;8: 65-70.
16. Cooney C, Stebbings S, Roxburgh M, Mayo J, Keen N, Evans E, et al. Integrating nursing research and practice: Part II-A Delphi study of nursing practice priorities for research-based solutions. *Nurs Prax N Z.* 1995;10:22-7.
17. Sleep J, Bullock I, Grayson K. Establishing priorities for research in education within one college or nursing and midwifery. *Nurse Educ Today.* 1995;15:439-45.
18. Grupo de Trabajo de Enfermería. La investigación de enfermería en España. *Med Clin (Barc).* 1994; 102: 584-8.
19. Pulpón A, Icart T. Análisis de las áreas prioritarias de investigación en enfermería en Cataluña. *Enferm Clin.* 1995;5: 157-162.
20. Kowner C, Meci M, Harrington C. Research priorities for staffing, case mix, and quality of care in US nursing homes. *J Nurs Scholarsh.* 2000;32.
21. Edwards LH. Research priorities in school nursing: a Delphi process. *J Sch Health.* 2002;72:173-7.
22. McIlpatrick SJ, Keeney S. Identifying cancer nursing research priorities using the Delphi technique. *J Adv Nurs.* 2003;42: 629-36.
23. Williams PI, Webb CH. The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs.* 1994;19:180-6.
24. Hasson F, Keeney S, Mc Kenna K. Research guidelines for Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2001;32:1008-15.
25. Annells M, DeRoche M, Koch T, Lewin G, Lucke J. A Delphi study of discrete nursing research priorities in Australia. *Appl Nurs Res.* 2005;18:36-43.
26. Hauck Y, Kelly RG, Fenwick J. Research priorities for parenting and child health: a Delphi study. *J Adv Nurs.* 2007;59: 129-39.
27. McIntyre S, Novak I, Cusick A. Consensus Research priorities for cerebral palsy: a Delphi survey of consumers, researchers, and clinicians. *Dev Med Child Neurol.* Forthcoming. 2009.
28. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence based healthcare. *Int J Evid Based Healthcare.* 2005;3:207-15.
29. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de Mayo. Boletín Oficial del Estado, n.º 128, (29-05-2003).
30. Consejería de Salud. 1.ª Jornada de trabajo. Investigación en enfermería en Asturias. Gobierno del principado de Asturias. 2004.