



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“Competencias del personal de enfermería
en la Práctica basada en evidencia durante la
gestión del cuidado en el HRAEZ”

TESIS

Para obtener el título de:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Juan Pineda Olvera

PRESENTA

Hernandez de Hilario Brenda

Zamora Martínez Emma

Los reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México,
2023.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INDICE

| | |
|---|----|
| I. Resumen | 4 |
| II. Introducción..... | 5 |
| III. Marco Teórico | 6 |
| 3.1 Marco conceptual | 6 |
| 3.1.1 Enfermería..... | 6 |
| 3.1.2 Enfermería de práctica avanzada..... | 6 |
| 3.1.3 Enfermería basada en la evidencia (EBE)..... | 6 |
| 3.1.4 Gestión del cuidado..... | 7 |
| 3.1.5 Cuidado Enfermero | 7 |
| 3.1.6 Práctica clínica | 7 |
| 3.1.7 Evidencia Científica | 7 |
| 3.2 Marco referencial..... | 8 |
| 3.2.1 Introducción a la investigación en enfermería y su importancia en el desarrollo de una práctica avanzada en la evidencia..... | 8 |
| 3.2.2 Antecedentes de la práctica basada en evidencia | 12 |
| 3.2.3 Modelos para la práctica de enfermería basada en evidencia | 13 |
| 3.2.4 Competencias de la Enfermería Basada en Evidencia | 17 |
| 3.2.5 Proceso de enfermería basada en la evidencia | 19 |
| 3.2.6 Beneficios de la Enfermería basada en evidencia..... | 35 |
| 3.2.7 Limitaciones de la Enfermería Basada en la Evidencia..... | 36 |
| 3.2.8 Barreras en la Implementación de la Enfermería Basada en la Evidencia..... | 37 |
| 3.2.9 Factores y Estrategias para la implementación de Enfermería Basada en Evidencia..... | 38 |
| IV. Antecedentes | 39 |
| V. Justificación..... | 50 |
| VI. Planteamiento del problema..... | 51 |
| 6.1 Pregunta de investigación | 57 |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | | |
|-------|--|----|
| VII. | Objetivos | 57 |
| 7.1 | Objetivo General | 57 |
| 7.2 | Objetivos específicos..... | 57 |
| VIII. | Hipótesis de trabajo | 58 |
| IX. | Material y Métodos | 58 |
| 9.1 | Tipo de diseño de la investigación | 58 |
| 9.2 | Población y muestra | 58 |
| 9.2.1 | Población | 58 |
| 9.2.2 | Tamaño de la muestra | 59 |
| 9.3 | Operacionalización de variables..... | 59 |
| 9.4 | Universo de trabajo y muestra..... | 65 |
| 9.4.1 | Criterios de inclusión | 65 |
| 9.4.2 | Criterios de exclusión | 65 |
| 9.4.3 | Criterios de eliminación | 66 |
| 9.5 | Instrumento de recolección de datos..... | 66 |
| 9.6 | Límite de tiempo y espacio..... | 70 |
| 9.7 | Diseño de análisis estadístico | 70 |
| X. | Aspectos éticos | 71 |
| XI. | Recursos | 76 |
| 11.1 | Recursos humanos | 76 |
| 11.2 | Recursos físicos..... | 76 |
| 11.3 | Recursos materiales | 76 |
| 11.4 | Recursos financieros..... | 77 |
| XII. | Resultados | 77 |
| 12.1 | Resultados de variables sociodemográficas | 77 |
| 12.2 | Resultados de frecuencia absoluta por ítem | 78 |
| 12.3 | Resultados de Variable de interés. Competencias del personal en Enfermería Basada en Evidencia por servicio..... | 80 |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | |
|---|----|
| 12.4 Resultados de Variable de interés. Competencias del personal en Enfermería Basada en Evidencia por dimensión de acuerdo a su puntuación..... | 84 |
| 12.5 Resultado promedio de la variable de interés en cada servicio y nivel de competencia en cada dimensión de la EBE | 88 |
| 12.6 Confiabilidad del instrumento (ALFA DE CRONBACH) | 89 |
| 12.7 Resultado de la prueba CHICUADRADA | 89 |
| 12.7.1 Variable nivel educativo..... | 89 |
| 12.7.2 Variable Experiencia profesional | 90 |
| XIII. Discusión..... | 91 |
| XIV. Conclusiones..... | 92 |
| XV. Referencias bibliográficas | 94 |
| XVI. Anexos | 98 |
| 16.1 Consentimiento informado..... | 98 |
| 16.2 Instrumento de recolección de datos..... | 99 |



I. Resumen

La profesión de enfermería requiere de la coordinación e integración con otras profesiones, así como la necesidad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades, que en su conjunto permitan que la función de enfermería esté a la altura de su compromiso con la sociedad de la cual forma parte. El cuidado de enfermería requiere de la articulación de los conocimientos científicos, de la experiencia obtenida mediante el quehacer cotidiano y de una atención centrada en el paciente desde una perspectiva holística que promueva una atención segura.

El objetivo de la presente investigación fue determinar las competencias del personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango respecto a la práctica basada en evidencia en la gestión del cuidado, mediante un estudio de carácter cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado en un periodo de tiempo de agosto 2021-julio 2022, el instrumento utilizado fue el Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) (Cuestionario para evaluar competencias en las prácticas basadas en las evidencias de las enfermeras) EBP - COQ Prof, el cual consta de 35 ítems que corresponden a 4 dimensiones (Actitud, Conocimiento, Habilidad y Utilización), el cual fue traducido del inglés en su versión original al idioma español por el Mtro. Cruz Flores Melgarejo, para su aplicación. Se contó con la participación de 117 profesionales de enfermería adscritos y pasantes del servicio social de enfermería de las diferentes áreas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango (UCIA, áreas neonatales, gineco-pediatría, medicina interna, cirugía general y admisión continua) del turno matutino y vespertino, que contarán con un nivel educativo mínimo de licenciatura.

Se obtuvo un mayor porcentaje respecto a la práctica basada en evidencia en las dimensiones de actitud (90.96%), seguida por conocimiento (81.48%) y habilidades (85.30%), y utilización (73.85%), siendo estos resultados determinantes para el cumplimiento de la hipótesis planteada en dicha investigación.



II. Introducción

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) tiene un origen muy reciente para la disciplina de enfermería, estimándose que a partir de 1996 aparecieron las primeras publicaciones en bases de datos¹. Esta práctica fue heredada de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), y fue descrita por primera vez por Sackett como "la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente, posteriormente, Rosenberg y Donald la entienden como "un enfoque dirigido a la solución de problemas surgidos en la práctica clínica, en el que la toma de decisiones está basada en la mejor evidencia existente"¹.

La EBE adquiere importancia en la actualidad, ya que es necesario determinar evidencias sobre los aspectos relativos a las respuestas humanas de los pacientes. La profesión, en los últimos años, ha ido evolucionando en su cuerpo de conocimientos con la finalidad de dar sustento y justificar científicamente su razón de ser, es decir, el cuidado enfermero mediante el desarrollo de investigaciones que permitan la resolución de una problemática al convertir las dudas planteadas en la clínica en problemas de investigación, como a su vez desarrollar la capacidad de hacer lectura crítica de investigaciones reportadas.

Mencionado lo anterior, el presente trabajo contiene el desarrollo de aspectos metodológicos correspondiente a una investigación de carácter cuantitativo relacionado con la Enfermería Basada en Evidencia (EBE) dando sustento al proyecto de investigación "Competencias del personal de enfermería en la práctica basada en evidencia durante la gestión del cuidado en el HRAEZ" llevado a cabo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango con el personal adscrito a las distintas áreas del servicio de hospitalización. Para ello, se aplicó el instrumento Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof.) el cual fue validado en el contexto español e incluye 4 dimensiones: actitud, conocimientos, habilidades y utilización, que en conjunto determinan el nivel de competencia en la práctica basada en evidencia dentro de la disciplina de enfermería.



III. Marco Teórico

3.1 Marco conceptual

3.1.1 Enfermería

Es una ciencia y un arte, tiene su propio conjunto de conocimientos basados en teorías científicas y está enfocada hacia la salud y el bienestar del paciente. La enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de las personas y no solo el proceso médico diagnosticado en el paciente, por ende, se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno². La enfermería, como parte integral del sistema de atención a la salud, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales, y a las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los entornos de atención de salud y en otros ámbitos de la comunidad³. En este amplio abanico de atención de salud, los fenómenos de especial preocupación para las enfermeras son las “respuestas a los problemas de salud efectivos o potenciales” por parte de personas, familias y grupos³. Estas respuestas humanas conforman un amplio abanico que va desde las reacciones para el restablecimiento de la salud tras un episodio individual de enfermedad, hasta la elaboración de políticas para promover la salud de una población a largo plazo³.

3.1.2 Enfermería de práctica avanzada

Se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica de enfermería, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud. El Consejo Internacional de Enfermería ha definido a la enfermera de práctica avanzada como una enfermera que ha logrado una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones clínicas complejas y competencias para ejercer un papel extendido².

3.1.3 Enfermería basada en la evidencia (EBE)

Definida como un proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles. También se define como la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de



decisiones. La EBE es un proceso en el que los problemas reales y potenciales que afectan la salud de los usuarios se presentan como preguntas, cuya respuesta se busca y evalúa sistemáticamente a partir de los resultados de la investigación más reciente, y que sirve de base para la toma de decisiones. Separar la investigación de la realidad clínica, es asumir el riesgo de dar una atención inadecuada, del mismo modo, si no se revisan las evidencias, los nuevos descubrimientos no son incorporados en los procesos y se ejecutan actividades de enfermería que pueden generar un perjuicio hacia el cliente⁴.

3.1.4 Gestión del cuidado

Susan Kérrouac (1996) define la gestión del cuidado enfermero como "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud"⁵.

3.1.5 Cuidado Enfermero

Es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente⁶.

3.1.6 Práctica clínica

Supone un elemento fundamental en el desarrollo de competencias profesionales en ciencias de la salud. Desde siempre la formación de profesionales de la salud se ha basado en el aprendizaje práctico de la mano de un maestro, mentor o tutor. Los avances científicos han incrementado el conocimiento y, junto con un aumento masivo de alumnos ha facilitado que, desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, la formación de los profesionales de la salud haya ampliado la formación teórica en el aula en detrimento del aprendizaje en contextos reales⁷.

3.1.7 Evidencia Científica

El término evidencia se emplea para referirse a la evidencia científica o a la evidencia aportada por la investigación y, por lo tanto, su interpretación debe ser fiel al significado del término en inglés. Con relación al concepto toma de decisiones, es importante destacar que adquiere distinto significado en función de quién tome la decisión desde el punto que, los profesionales asistenciales toman decisiones acerca del cuidado individual de sus pacientes⁸.



3.2 Marco referencial

3.2.1 Introducción a la investigación en enfermería y su importancia en el desarrollo de una práctica avanzada en la evidencia.

La investigación es la búsqueda o el estudio sistemático y minucioso que valida y mejora los conocimientos existentes y desarrolla otros nuevos. El estudio sistemático y minucioso implica planificación, organización y persistencia. El objetivo final de la investigación es desarrollar un cuerpo empírico de conocimientos para una disciplina o profesión⁹.

Inicialmente la investigación en enfermería evolucionó despacio, desde las investigaciones de Nightingale en el siglo XIX hasta los estudios de formación de enfermería en las décadas de 1930 y 1940 y la investigación de los roles del personal de enfermería en las décadas de 1950 y 1960⁹.

A partir de la década de 1970 hasta la de 2010, cada vez más estudios de enfermería se han centrado en los problemas clínicos, con el objetivo de desarrollar una PBE para la enfermería. La revisión de la historia de la investigación en enfermería permite identificar los logros y comprender la necesidad de seguir investigando para determinar la mejor evidencia de la investigación para su uso en la práctica ⁹.

- **Florence Nightingale**

Nightingale (1859) es reconocida como la primera investigadora en enfermería y sus primeros estudios se centraron en la importancia de un entorno saludable para fomentar el bienestar físico y mental de los pacientes. Estudió las tasas de morbilidad y de mortalidad de los soldados y los factores que influían en ellas, y presentó sus resultados en tablas y gráficos circulares. La investigación de Nightingale le permitió promover cambios de actitud, organizativos y sociales, modificó las actitudes militares y sociales sobre el cuidado de los enfermos. Debido a la evidencia e influencia de la investigación de Nightingale, la sociedad comenzó a aceptar la necesidad de tratar el agua pública, mejorar el saneamiento, prevenir la hambruna y disminuir la morbilidad y mortalidad ⁹.

- **Investigación en enfermería de 1900 a la década de 1970**

El American Journal of Nursing fue publicado por primera vez en 1990 y a finales de la década de 1920, comenzaron a aparecer en esta revista los primeros estudios de casos clínicos⁹.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



Las oportunidades formativas en enfermería se incrementaron hasta una categoría de grado. El Teachers College en la Columbia University ofreció el primer programa académico de doctorado para el personal de enfermería en 1923 y la Yale University instauró el primer máster en Enfermería en 1929. En 1950 la American Nurses Association (ANA) puso en marcha un estudio de 5 años acerca de las funciones y actividades del personal de enfermería. La investigación llevada a cabo por la ANA y los grupos de especialistas sirvió de base para crear los estándares de la práctica enfermera que actualmente guían la práctica profesional⁹.

Durante las décadas de 1950 y 1960, las escuelas de enfermería comenzaron a introducir la investigación y las fases del proceso de investigación a nivel de grado y máster. El aumento de las actividades de investigación llevó a la publicación de la primera revista de investigación, Nursing Research en 1952 que sigue siendo una de las revistas de investigación más sólidas en la actualidad⁹.

En la década de 1960, un gran número de estudios clínicos se centraron en la calidad de la asistencia y en el desarrollo de los criterios para medir los resultados del paciente. Se crearon unidades de cuidados intensivos que promovieron la investigación de las intervenciones de enfermería. En 1963 se publicó otra revista de investigación, el International Journal Of Nursing Studies, en 1965 la ANA patrocinó el primero de una serie de congresos de investigación en enfermería para facilitar la comunicación de los resultados de investigación, así como su implementación en la práctica clínica⁹.

A finales de la década de 1960 y principios de 1970 el personal de enfermería desarrolló los modelos, los marcos conceptuales y las teorías que servirían de guía en la práctica enfermera⁹.

En 1978, Chinn se convirtió en el editor de una nueva revista, Advances in Nursing Science que publicó los trabajos de los teóricos de la enfermería y la investigación relacionada⁹.

La comunicación de los resultados de la investigación a profesionales de enfermería clínica fue una cuestión primordial en la década de 1970. Sigma Theta Tau Internacional, la prestigiosa sociedad internacional de enfermería, financió numerosas conferencias locales para comunicar los resultados de las investigaciones. En 1976, Steler y Marram desarrollaron el primer modelo de enfermería para fomentar la implementación de resultados de investigación en la práctica. La revista Research in Nursing of Health se publicó por primera vez en



1978 y el Western Journal of Nursing Research en 1979 para aumentar la comunicación de las investigaciones⁹.

A finales de la década de 1970, el profesor Archie Cochrane creó el concepto de PBE (Práctica basada en evidencia) y abogó por la prestación de una asistencia sanitaria basada en la investigación para mejorar su calidad. Para facilitar la utilización de la evidencia de la investigación en la práctica, en 1992 creó el Cochrane Center y en 1993 la Cochrane Collaboration. La Cochrane Collaboration and Library alberga numerosos recursos para promover la PBE, como revisiones sistemáticas de investigación y guías basadas en la evidencia para su implementación en la práctica⁹.

En la década de 1970, el proceso de enfermería fue el foco de atención de numerosos estudios, con investigaciones de técnicas de evaluación, clasificación de diagnósticos de enfermería, métodos para la obtención de resultados e intervenciones de enfermería específicas. La primera Nursing Diagnosis Conference, celebrada en 1973 se convirtió en la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). En 2002, la NANDA se expandió a nivel internacional, convirtiéndose en la NANDA-I, que apoya actividades de investigación orientadas a la identificación de diagnósticos adecuados de enfermería y el desarrollo de un proceso de diagnóstico eficaz⁹.

- **Investigación en enfermería en las décadas de 1980 y 1990**

La realización de investigación clínica fue el tema central de la década de 1980, en 1987 se publicó una nueva revista de investigación, Scholarly Inquiry for Nursing Practice y dos más en 1988⁹.

En 1983 se publicó el primer volumen de la revista Annual Review of Nursing Research, estos volúmenes incluían revisiones de la investigación realizadas por expertos y clasificadas en 4 áreas: práctica enfermera, administración de cuidados de enfermería, formación del personal de enfermería y la profesión de enfermería. Actualmente sigue publicándose la Annual Review of Nursing Research, en la que profesionales de enfermería expertos ofrecen resúmenes de investigación en sus áreas de especialización, estos resúmenes marcan la dirección para próximas investigaciones⁹.

La investigación cualitativa se introdujo en enfermería a finales de la década de 1970 y los primeros estudios aparecieron en revistas de enfermería en la década de 1980, la investigación cualitativa analizó la naturaleza holística de las personas y de



los fenómenos, con el descubrimiento de significado y la obtención de nuevas perspectivas sobre cuestiones relevantes para la enfermería⁹.

La investigación de resultados surgió a finales de las décadas de 1980 y 1990 como una metodología importante para documentar la eficacia de los servicios sanitarios. En 1989 se creó la Agency for Healthcare Policy and Research (AHCPR) para facilitar la realización de investigación de resultados, la AHCPR tuvo un papel activo en la comunicación de resultados de investigación a los profesionales sanitarios y se encargó de publicar las primeras guías de práctica clínica, dichas guías incluyeron una síntesis de la mejor evidencia de la investigación, con directivas para la práctica de enfermería y médica desarrolladas por expertos en cuidados sanitarios de diferentes áreas⁹.

Basándose en el proceso de utilización de la investigación, médicos, profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud se centraron en el desarrollo de la PBE para la asistencia sanitaria durante la década de 1990. Un grupo de investigación dirigido por el Dr. David Sackett desarrolló metodologías de investigación explícitas para determinar la “mejor evidencia” para la práctica⁹.

David Eddy utilizó por primera vez el término basado en la evidencia en 1990 con el fin de promover la PBE en medicina. La PBE aumentó su importancia en enfermería cuando el American Nurses Credentialing Center implementó el Magnet Hospital Designation Program for Excellence in Nursing Services. La designación de un hospital con el estatus Magnet garantiza que los profesionales de enfermería participen en actividades de investigación y de provisión de asistencia basada en la evidencia a los pacientes. El énfasis en la PBE animó a los profesionales de enfermería a realizar más ensayos controlados aleatorizados (ECA) y estudios cuasi experimentales para evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería⁹.

- **Investigación en enfermería en el siglo XXI**

El objetivo de la investigación en enfermería en el siglo XXI incluye la realización de estudios de calidad utilizando diferentes metodologías, resumir los hallazgos de estudios en la mejor evidencia de la investigación y utilizar esta evidencia para su implementación en la práctica. En 2002 la Joint Commission, responsable de la homologación de instituciones sanitarias, revisó las políticas de homologación para los hospitales con objeto de apoyar la implementación de una asistencia sanitaria basada en la evidencia⁹.

Con el fin de expandir la PBE en centros clínicos, Steler (2001) revisó el modelo denominado “Research Utilization to Facilitate EBP”. El interés por la PBE en



enfermería se vio respaldado con la publicación de la revista *Worldviews on Evidence Based Nursing* en 2004⁹.

La American Association of Colleges of Nursing (AACN, 2006) presentó su declaración de principios sobre la investigación en enfermería para proporcionar direcciones de futuro a la disciplina⁹. Para asegurar una investigación eficaz en enfermería la disciplina debe:

- Crear una cultura de investigación.
- Ofrecer programas educativos de alta calidad centrados en la práctica, doctorado centrado en la investigación y posdoctorado para preparar un grupo consolidado de investigadores en enfermería.
- Desarrollar una infraestructura de investigación sólida.
- Obtener financiación suficiente para la investigación básica.

3.2.2 Antecedentes de la práctica basada en evidencia

La Práctica Basada en Evidencias (PBE) tiene sus inicios en la medicina, comenzando su desarrollo en Canadá desde la disciplina de la epidemiología clínica, donde el grupo de Sackett, a fines de los años 70, intentaba incorporar la investigación clínica en la toma de decisiones para los pacientes (Letelier y Moore, 2003)¹⁰. Otro grupo canadiense liderado por Guyatt en los años 90 promovió la utilización de investigaciones con base matemático-estadística como evidencia. Al mismo tiempo el desfase entre los libros y la literatura periódica, la variabilidad en la atención clínica en pacientes con una misma enfermedad, los distanciamientos entre los avances científicos y la práctica asistencial, y la laguna existente entre investigación y práctica facilitaron el nacimiento de este nuevo paradigma¹⁰.

El inicio de la PBE se sitúa en la década de los noventa, pero es importante destacar que, en 1972 Archie L. Cochrane, en su libro *Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*, ya llamó la atención sobre la no utilización de los resultados de la investigación en la práctica clínica y criticó abiertamente al estamento médico por tomar decisiones sin tener en cuenta los resultados de la investigación¹.

En 1991 se empleó por primera vez la expresión *Medicina Basada en la Evidencia* (MBE) y en 1996, David Sackett, uno de sus más destacados promotores, la definió como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente¹.



El desarrollo de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) (definición, descripción teórica de sus fases y posterior aplicación práctica) se ha visto favorecido por la existencia, desde los años setenta, de varias iniciativas cuya finalidad es promover la utilización de los resultados de la investigación en la práctica clínica. El objetivo de la EBE es facilitar la inclusión de la evidencia científica en las decisiones clínicas y de salud. Con esta finalidad, en 1997 se celebran en el Reino Unido las primeras conferencias nacionales e internacionales sobre EBE y en 1998 se inicia la publicación de las revistas Evidence Based Nursing y Outcome Management for Nursing Practice, y se crean los centros de Evidence Based Nursing¹¹.

La Enfermería Basada en Evidencia (EBE) se desarrolla posteriormente en los países de habla inglesa, tomando inicialmente el marco conceptual positivista de la medicina. En los últimos años se han presentado diversas definiciones de EBE. Es así como en Inglaterra DiCenso, Cullum, Ciliska & Marks definen EBE como el "proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas, usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles"¹⁰.

En la misma época, en el año 2000, Ingersoll define EBE como el "uso consciente, explícito y juicioso de información derivada de la teoría y basada en investigación, para la toma de decisiones sobre prestación de cuidados a sujetos o grupos, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales"¹¹.

Más tarde y ampliando hacia un paradigma cualitativo, en el año 2002 se celebra en Granada la I^o Reunión sobre EBE donde se aporta una nueva definición que complementa la visión positivista de las definiciones anteriores: Uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la MBE, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal, que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico¹. Estos dos paradigmas, positivista y cualitativo, nos brindan la posibilidad de abrirnos ante las evidencias que serán necesarias para una toma de decisiones informada en el quehacer de Enfermería. Esta toma de decisiones requiere conocer y manejar los elementos y etapas que conforman la práctica basada en evidencias, así como las barreras y estrategias que se presentan en su implementación¹⁰.

3.2.3 Modelos para la práctica de enfermería basada en evidencia

La enfermería basada en evidencias tiene su expresión práctica a través de los distintos modelos que se han descrito para su implementación en las distintas



organizaciones. Cuando se habla de prácticas basadas en evidencias en ocasiones se hace como si de un ente abstracto se tratara, cuando en realidad se trata de algo que tiene su traslación en el día a día de la práctica clínica. Las organizaciones que deciden apostar por esta forma de trabajar necesitan hacer tangible el deseo de aplicar la evidencia científica al día a día. En definitiva, lo que se necesita es trazar una ruta que guíe paso a paso, y dependiendo del objetivo y del enfoque han surgido diferentes modelos¹².

Un modelo sería la representación de un sistema para el que se busca una descripción o una explicación. Un modelo teórico sería por tanto una representación del conocimiento. En orden a representar el conocimiento que se deriva del abordaje de las prácticas basadas en evidencias se han descrito varios modelos¹².

Carper mantuvo que el “cuidado” depende del conocimiento científico del comportamiento humano en salud y en enfermedad, de la opinión estética de experiencias humanas significativas, de una comprensión personal de la individualidad única de uno mismo y de la capacidad de seleccionar entre las opciones de las situaciones concretas que implican juicios morales¹. La EBE, para garantizar la integración de los cuatro patrones de conocimiento, debe ampliar el énfasis actual en el paradigma positivista, y en concreto en los ensayos clínicos, a la incorporación de conocimiento generado desde otros métodos cuantitativos y desde el paradigma cualitativo. Por consiguiente, la EBE exige un acercamiento holístico que permita una descripción más comprensiva del conocimiento enfermero¹.

Un modelo de enfermería que tenga un carácter holístico precisa de un amplio abanico de posibilidades de investigación. Se han descrito cuatro modelos de PBE (modelo de Iowa, modelo de Stetler, modelo de Rogers y modelo de ACE Star) que ayudan a describir y a visualizar el proceso¹.

Modelo de Iowa. Fue desarrollado en 1994 de manera conjunta por la Universidad de Iowa, los hospitales y las clínicas de la Universidad de Iowa y el Colegio de Enfermería. En este modelo, se utiliza el término trigger para designar los términos de alerta que describen los síntomas que indican que existe un problema o que existe la necesidad de responder a una pregunta. Ante esta situación se realiza una búsqueda bibliográfica con la finalidad de encontrar una respuesta. Si no se identifica una respuesta, se plantea el diseño de un nuevo estudio y los resultados se combinan con el conocimiento previo. Cuando no hay tiempo para conducir un



estudio, se consideran los estudios de casos, los juicios de expertos y los principios científicos, para desarrollar una guía de PBE. La guía es probada, evaluada y revisada¹.

Modelo de Stetler. Definido en 1994, se desarrolla en seis fases: preparación, validación, evaluación comparativa, toma de decisión, traducción y aplicación y evaluación. En la fase de la preparación, se identifica un estudio como respuesta al problema, en la fase de validación es donde se analiza la validez del estudio. Se han establecido varios criterios para llevar a cabo las fases tres y cuatro, y determinar así la viabilidad y la congruencia con la filosofía de la organización. También se tiene en cuenta cualquier otra evidencia disponible para confirmar su valor. La fase de traducción y aplicación se realiza contemplando todos los detalles específicos de la aplicación práctica. La fase de evaluación implica medir y determinar los resultados¹.

Modelo de Rogers. Desarrollado en 1995, describe cinco etapas: conocimiento, persuasión, decisión, puesta en práctica y confirmación. La etapa del conocimiento ocurre cuando las enfermeras realizan o aprenden a partir de una propuesta novedosa de investigación. Este planteamiento puede surgir en cualquier momento generado desde la práctica clínica, la lectura de publicaciones o noticias o por comentarios entre colegas¹.

La etapa de la persuasión se ve afectada por la velocidad de aplicación de la nueva propuesta que depende de: la ventaja relativa de la innovación sobre la situación anterior; la compatibilidad con valores, experiencias y la prioridad actual de necesidades; la capacidad de llevarlo a cabo y la observación de si la nueva práctica tenía ventajas considerables¹.

La etapa de la decisión implica la adopción o la exclusión de la novedad propuesta. La etapa de la puesta en práctica incluye un plan detallado para su aplicación. Finalmente, la quinta etapa, la de confirmación, compara un período de la evaluación y de reajuste o de exclusión de la práctica¹.

Modelo de ACE Star. Es el modelo más reciente y ha sido desarrollado por el Academic Center for Evidence-based Practice (ACE) de la Universidad de Texas en el año 2004. El modelo se define para organizar los procesos de PBE dentro de un marco que define las relaciones entre funciones. El modelo muestra cómo el conocimiento se mueve, desde la identificación del conocimiento hasta su aplicación en la práctica clínica¹.



El modelo se ilustra a partir de una estrella de cinco puntas que indican las cinco etapas de la transformación del conocimiento: descubrimiento del conocimiento (investigación original), síntesis o resumen de la evidencia, traducción en recomendaciones clínicas, puesta en práctica y evaluación¹.

El resumen de la evidencia es el punto donde la síntesis de varios estudios se convierte en una sola declaración sobre el estado del conocimiento en un tema concreto. Éste es el punto que diferencia este modelo de los anteriores. En el punto tres, las recomendaciones para la práctica clínica se desarrollan a partir de guías. Estas recomendaciones son aplicadas a la práctica, que comporta el cambio de prácticas individuales e institucionales¹.

El punto cinco está relacionado con la evaluación de los efectos de los cambios en la práctica, en términos de eficacia, de resultados en salud y del impacto sobre el estado de salud, la satisfacción y la economía. Este modelo es el más tolerante y visionario para la EBE, ya que impulsa el proceso continuo para el cambio en la práctica del cuidado a los pacientes¹.

Marco PARISH (2004). Propone que la práctica basada en la evidencia depende de la fuerza y relación mutua entre evidencia, el contexto y la facilitación. Propone 3 grandes factores determinantes de la integración de la evidencia en la práctica: naturaleza de la evidencia, existencia de facilitadores y de un contexto de soporte. Este modelo establece que la implementación es más probable que tenga éxito si la evidencia es robusta y de calidad y si además coincide con el consenso profesional y las necesidades o expectativas del paciente. A estas tres fuerzas habitualmente se las denomina “los pilares de las prácticas basadas en evidencias”¹².

Modelo JBI (2008). Descrito por Alan Pearson del Centro de evidencias Joanna Briggs Institute. Consta de 4 fases que son:

1. La generación de evidencias sobre cuidados de salud (mediante investigación, experiencia clínica y discurso u opinión experta)¹².
2. La síntesis de estas evidencias (evaluación y análisis de evidencias sobre un tema determinado para ayudar a la toma de decisiones sobre cuidados de salud)¹².
3. La transferencia de las evidencias y del conocimiento (educación y formación, diseminación de la información a grupos seleccionados y transferencia a organizaciones y sistemas de salud)¹².



4. La utilización de las evidencias en la práctica clínica. Esto implica hacer cambios en la práctica habitual, introducir la evidencia en la cultura de la organización y evaluar el impacto de estos cambios en los resultados de salud¹².

Todos estos modelos supusieron una gran novedad cuando fueron planteados y tienen como eje central la asunción de que la investigación garantiza el acercamiento integral de la práctica de la EBE¹².

Actualmente se están dedicando grandes esfuerzos a la transferencia, aplicación, puesta en práctica o como se quiera denominar esta fase. El caso es que parafraseando a de Pedro “la falta de transferencia nos deja sin evidencias”. De poco sirve investigar, generar conocimiento y divulgarlo si no se consumen esos resultados de investigación¹².

3.2.4 Competencias de la Enfermería Basada en Evidencia

Las competencias se definen como un conjunto de comportamientos que incluye conocimientos, habilidades y los atributos personales que, en conjunto, son fundamentales para el logro de un trabajo exitoso, son un conjunto de saberes combinados que no se transmiten porque el centro de la competencia es el sujeto-aprendiz que construye la competencia a partir de la secuencia de las actividades de aprendizaje que movilizan múltiples conocimientos especializados. La persona competente es la que sabe construir saberes competentes para gestionar situaciones profesionales que cada vez son más complejas¹³.

Hay amplio acuerdo respecto a las competencias que la enfermera/o debe reflejar en el desempeño de sus funciones y los estándares requeridos en el empleo, estas son:

1. Conocimiento, comprensión y juicio
2. Una serie de habilidades cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales.
3. Una serie de características y actitudes personales

Las competencias de una enfermera/o licenciada/o comprenden conocimientos, capacidades, juicio y atributos personales específicos que se requieren para que la enfermera ejerza su profesión de manera segura y ética en una función y contexto determinados¹³.

Benner establece cinco niveles de desarrollo de competencias en enfermería: novicia o principiante, principiante avanzado, competente, capaz y experto.



1. Enfermera novicia o principiante: La competencia de ejecutar de tareas por medio del conocimiento de atributos que no requieren poseer experiencia previa, es decir, tareas que requieren solo del conocimiento teórico para su ejecución (conocimiento en acción)¹³.

2. Enfermera principiante avanzada: Es aquella que demuestra un rendimiento de nivel aceptable, pudiendo ejecutar tareas de mayor complejidad en donde se requiere al menos un nivel mínimo de experiencia previa en alguna situación similar. En estos niveles las enfermeras necesitan apoyo en el desempeño clínico y ayuda para establecer prioridades, ya que aún no son capaces de identificar qué es lo más importante¹³.

3. Enfermera competente: Es aquella que tiene de dos a tres años de experiencia, es capaz de comenzar a ver sus acciones como planes o metas a largo plazo y contemplar de manera abstracta y analítica un problema. Su práctica está basada en respuestas flexibles que se producen por los cambios y las necesidades de los pacientes. Puede organizarse mejor en sus tareas y presenta una sensación de dominio y la capacidad de hacer frente y solucionar problemas contingentes de la práctica clínica, aunque aún no tiene la velocidad y la flexibilidad de la enfermera que ha alcanzado el nivel de competencia mayor. La enfermera competente es capaz de realizar una planificación consciente y deliberadamente ayuda a lograr un nivel de eficiencia y organización en el desempeño de su trabajo, puede coordinar demandas complejas y tomar decisiones¹³.

4. Enfermera capaz: Puede percibir las situaciones como un todo debido a la presencia de una agudeza perceptual y a la habilidad de captar la situación y el ambiente. Esta profesional va guardando sus experiencias pasadas y puede adelantarse a la ocurrencia de eventos típicos ante situaciones determinadas. Es capaz de analizar la situación y darse cuenta cuando la normalidad está ausente. También es capaz de comprender de manera holística una determinada situación lo que mejora la toma de decisiones¹³.

5. Enfermera experta: Es el más alto desarrollo de la competencia, se posee una comprensión intuitiva y profunda de la situación debido a la enorme experiencia y capacidad de adaptación. La actuación de la enfermera experta es integral, no de procedimiento fraccionado como la principiante, y existe un vínculo entre el razonamiento clínico y el ético¹³.

El desarrollo de las competencias en enfermería se trata de un proceso de constante interacción, muy integrado, en el cual la enfermera tiene la función principal en la conducción de este. La competencia profesional se desarrolla mediante un proceso repetitivo y complejo, cuya dinámica se produce entre la enfermera y el contexto



laboral que la rodea. Este proceso de desarrollo de competencia en enfermería es denominado "el proceso de interacción constante", y tiene cinco fases fundamentales¹³.

- 1) Reconocimiento de fuerza de conducción que actúa como el motivo del movimiento de las enfermeras hacia el desarrollo de la competencia¹³.
- 2) Proporcionar requisitos adecuados, suficientes conocimientos teóricos y apoyo para satisfacer necesidades mínimas a fin de participar en una actividad¹³.
- 3) La experiencia como el corazón del proceso de desarrollo de competencia que proporciona una oportunidad para hacer un enlace entre la teoría y la práctica¹³.
- 4) Consolidación como el dominio completo del trabajo propuesto principalmente a través de la práctica repetida y enfrentar situaciones difíciles mediante la reflexión¹³.
- 5) Integración que incorpora las nuevas competencias con las antiguas, y prepara para enseñar y supervisar en otras áreas relacionadas. Los autores reiteran que estas fases del proceso están interconectadas en lugar de tener un orden cronológico, y que la enfermera puede experimentar distintas etapas de este proceso en diferentes puestos de trabajo simultáneamente¹³.

3.2.5 Proceso de enfermería basada en la evidencia

La aplicación de la EBE se desarrolla en cinco fases integradas dentro de un proceso dinámico y continuo que surge de la interacción paciente/enfermera. Tal y como argumenta Sackett, el punto de inicio es la definición de la pregunta de investigación. La adecuada formulación de la pregunta evita que se pierda mucho tiempo en la búsqueda de la evidencia, después de identificar la evidencia científica disponible, se lleva a cabo una lectura crítica para valorar la calidad de los estudios. Las fases prácticas de la EBE son la implementación de los cambios y su posterior evaluación¹¹.

1. Formulación de preguntas

La primera etapa se constituye por la formulación del problema o pregunta que se desea resolver, esta pregunta o problema de investigación surge de la práctica clínica diaria, de la gestión, de la docencia, que intentan responder a la incertidumbre o problemas cuestionados. Consiste en reflexionar sobre la práctica enfermera con la finalidad de formular preguntas estructuradas y concretas que puedan responder a la incertidumbre o a los problemas identificados¹. Se debe tener en cuenta que para responder a las diferentes preguntas de investigación se necesitan diferentes métodos y diseños de estudios. El hecho de plantear e



identificar las áreas de dudas e incertidumbres y cuestionar la práctica de un modo específico y estructurado (condición, intervención, resultados) que facilite la identificación de las respuestas, sin lugar a duda, constituye un cambio importante en la práctica enfermera¹.

Una buena pregunta de investigación debe cumplir los siguientes requisitos:

- **Factible.** El estudio que dará respuesta a la pregunta debe ser viable, ajustándose tanto a los recursos humanos como materiales de los que disponemos. También debemos tener en cuenta el tiempo que nos llevará realizar el estudio y el momento en que se debería realizar el estudio¹⁴.
- **Interesante.** La utilidad de la investigación ha de estar marcada por el interés potencial que los resultados pueden tener en el campo de conocimiento donde se desarrolla y no por su viabilidad para publicar en revistas. Por tanto, si los potenciales resultados del estudio no van a modificar prácticas asistenciales, ni aumentar el conocimiento, no va a tener un impacto bibliométrico y no puede considerarse una buena pregunta de investigación¹⁴.
- **Novedosa.** La pregunta debe ampliar el conocimiento, no puede haber sido contestada o ser obvia su respuesta. La réplica de otros estudios solamente tiene sentido si se intenta superar los problemas metodológicos de estudios previos¹⁴.
- **Ética.** Debemos considerar los principios éticos de una investigación y debemos garantizar que los beneficios para la sociedad sean los máximos posibles y los riesgos mínimos¹⁴.
- **Relevante.** Debemos investigar en nuestro campo teniendo en cuenta que el objetivo de la investigación es mejorar las condiciones de salud de la población¹⁴.

Una buena pregunta de investigación ha de estar estructurada con los siguientes elementos.

1. **Paciente o problema:** Debemos especificar el grupo de pacientes de interés en el estudio¹⁴. Debemos estar seguros de que enfocamos correctamente la situación a la que queremos dar respuesta, es decir, debemos identificar a los pacientes y la condición de interés que queremos estudiar (la patología o el problema de salud). No siempre es fácil formular adecuadamente la pregunta: si somos muy específicos en este primer paso, podemos perder



pruebas relevantes. Por el contrario, si no somos lo suficientemente precisos, podemos acabar recogiendo todas las evidencias que afecten a las diferentes variedades de esa misma patología y perder un valioso tiempo evaluando elementos que no nos sirvan. La clave está en encontrar el equilibrio necesario entre sensibilidad (encontrar todo lo que esté relacionado con nuestra pregunta) y especificidad (el grado de precisión o relevancia de los resultados que obtenemos), cosa que no siempre es fácil¹.

2. **Tratamiento:** Debemos definir claramente la intervención que vamos a aplicar¹⁴. Definir de forma clara la intervención es igualmente importante. Hay que tener en cuenta que las intervenciones terapéuticas no son únicamente farmacológicas, sino que pueden ser también psicológicas, educativas, organizativas, etc. Las intervenciones se pueden presentar bajo diversas formas; reconocer estas formas ayuda a desarrollar la estrategia de búsqueda.

Según Richardson, las intervenciones se pueden clasificar en: terapéuticas, preventivas, diagnósticas y las relacionadas con la gestión y los costes. Debemos entender la intervención (o exposición) en un sentido más amplio que el de simple tratamiento. Este enfoque debe quedar bien establecido aquí, ya que el diseño del estudio que dé respuesta a nuestra pregunta está directamente relacionado con la intervención que se pretende analizar. Así, debemos ser capaces de diferenciar si se trata de un factor pronóstico, de una prueba diagnóstica, de un tratamiento (en el sentido más amplio) o de una exposición de riesgo o protectora¹.

3. **Comparación:** En algunas ocasiones resulta interesante comparar la intervención planteada frente a otras intervenciones o en diferentes grupos¹⁴. En muchas ocasiones resulta de interés definir la intervención (o exposición) con la que se compara aquella que está siendo analizada, es decir, la que va a recibir el grupo control. Así, a veces resultará pertinente comparar entre sí diversos grupos de intervención (dos o más) de manera simultánea, especialmente cuando en la práctica habitual se cuente con diversas opciones y alternativas. Otras veces, compararemos una nueva intervención frente a un grupo sin intervención alguna, especialmente cuando la incertidumbre se centra en vislumbrar si debemos intervenir o no¹.
4. **Resultados:** El último componente clave de la pregunta bien estructurada lo constituyen las variables de resultados, que son importantes para contestar de manera satisfactoria a la pregunta que nos hemos planteado¹⁴. Los



resultados deben ser relevantes desde el punto de vista clínico, económico o social y se deben definir y especificar claramente para poder ser medidos sin confusión y con precisión¹.

Estructuras para la formulación de preguntas: Modelo PICO

En 1995, en la editorial de la revista ACP Journal club, Richardson señala que toda pregunta bien elaborada viene respaldada por dos premisas. En primer lugar, la pregunta debe ser relevante al problema identificado, es decir, estar centrada en la cuestión que realmente interesa. A continuación, debe articularse de modo que facilite la búsqueda de una respuesta precisa y exhaustiva¹⁵.

Para alcanzar estos objetivos, los autores proponen una estructura especial integrada por cuatro elementos bien diferenciados, a la que denominan con el acrónimo PICO¹⁵. Este código nemotécnico facilita recordar los componentes de la estructura:

- **(P) Paciente o problema de interés.** Características del paciente o grupo de pacientes; características del problema o condición¹⁵.
- **(I) Intervención.** Intervención principal para considerar (terapéutica, preventiva, diagnóstica, exposición de riesgo)¹⁵.
- **(C) Intervención de comparación.** Alternativa con la que comparar la intervención principal (hay que tener en cuenta, que en ocasiones no se dispone de una intervención con la que comparar)¹⁵. ¿Comparar a qué?, ¿mejor o peor que no intervenir o que otra intervención?, ¿cuál es la principal alternativa para comparar con la intervención, estamos intentando decidir entre dos medicamentos, un medicamento y un placebo o dos pruebas diagnósticas?¹⁶.
- **(O) (Outcomes).** Resultado a valorar: efectos de la intervención, en términos de mejora, efectos secundarios¹⁵. ¿Cuál es el efecto de la intervención?, ¿qué esperas cumplir, medir, mejorar o afectar, con esta intervención?, ¿qué estás intentando hacer para el paciente, mejorar o eliminar los síntomas, reducir los efectos adversos, reducir costos?, por ejemplo, mejorar la calidad de vida. Finalmente, para la evaluación crítica de la evidencia de la investigación en el cuidado de la salud, existen diseños de estudios para determinación de la causa, el diagnóstico, pronóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad¹⁶.

En la actualidad, el formato PICO es el más empleado en la construcción de preguntas de indagación, no sólo en el ámbito de la medicina basada en la



evidencia, sino en otras disciplinas de ciencias de la salud y en disciplinas no afines¹⁵.

Tipos de preguntas clínicas

El contexto clínico es el más utilizado en MBE y define el universo de las actividades clínicas en que la pregunta se encuentra inmersa. La práctica clínica incluye cuatro actividades básicas: la identificación de factores de riesgo (etiología, causalidad), la detección de enfermedades con base en el interrogatorio, examen físico y datos paraclínicos (diagnóstico), la prevención o el tratamiento (intervención) y la predicción de las consecuencias de dicha condición en el tiempo (pronóstico)¹⁷.

Etiología o causalidad. Estas preguntas tienen una connotación negativa. Aparecen cuando el investigador piensa en un factor que aumentará la probabilidad de sufrir una enfermedad o condición. Algunos ejemplos de factores de riesgo son: consumo de sustancias psicoactivas, tabaco o licor; sedentarismo y ruido. La población en este escenario son personas «sanas» o que no padecen la enfermedad en cuestión. La exposición es el factor de riesgo en estudio, y la comparación es la ausencia de ese factor. El desenlace es la presencia de la enfermedad. Aquí es importante agregar la medición (M) para lograr la adecuada redacción de la pregunta. Para las preguntas de etiología o causalidad, lo que se quiere medir es el riesgo. Según la hipótesis sustantiva que desarrolle a partir del marco teórico, el investigador puede agregar, más adelante, el tiempo esperado para que la exposición tenga efecto y produzca el desenlace, es decir, el tiempo mínimo que dará seguimiento a los pacientes. Este punto es importante porque el riesgo no tiene sentido sin una medida de tiempo que lo acompañe¹⁷.

Diagnóstico. Las preguntas de exactitud diagnóstica son particularmente difíciles de formular. Contra lo que se piensa, suelen tener una estructura de tipo descriptiva. El objetivo de estas preguntas es determinar la capacidad de una prueba para discernir correctamente si un paciente sufre o no una enfermedad según el resultado de un estándar de oro. La población (P) en las preguntas de exactitud diagnóstica son sujetos con sospecha de alguna condición. Aquí no corresponde una intervención de la cual se quiera obtener un efecto, aunque es un tema controvertido. Lo que se desea evaluar en estas preguntas es la prueba índice, por lo cual la comparación (C) sería otra técnica (control). El desenlace, como es común en la actividad clínica, es la enfermedad, que debe estar confirmada (ojalá) por la mejor prueba que existe (patrón de oro)¹⁷.



Intervención. En MBE son típicamente analíticas. El objetivo de una intervención es lograr un efecto sobre una condición para mejorar desenlaces importantes para el personal de salud o el paciente (lo ideal). Estas intervenciones no son necesariamente de tipo farmacológico, pueden ser también educativas o preventivas. Incluso, y como se insinuó previamente, pueden ser de tipo diagnóstico¹⁷.

Para preguntas de intervención, serán la población personas con una enfermedad o condición. La intervención será un tratamiento farmacológico o educativo o una estrategia diagnóstica. La comparación es otra intervención contra la que se quiera comparar: placebo, manejo habitual, tratamiento activo, simulación o ninguna intervención. El desenlace es la presentación de eventos relacionados con la enfermedad, como morbilidad o calidad de vida relacionada con salud. La medida que se espera obtener es un efecto, que se traduce en términos técnicos en eficacia (condiciones ideales) o efectividad (condiciones reales)¹⁷.

Pronóstico. Las preguntas de pronóstico son difíciles de puntualizar porque esté, de alguna manera, está asociado con las demás tipologías. Por ejemplo, un factor de riesgo de cierta enfermedad podría ser, a su vez, factor pronóstico de otra; algunas pruebas diagnósticas tienen capacidad pronóstica y el tratamiento tiene como objetivo cambiar el pronóstico del paciente que sufre una condición¹⁷.

El ejercicio de identificación de las preguntas de pronóstico requiere la presencia de ciertos elementos: la población son personas que padecen una condición, la exposición no necesariamente tiene que ser causal o con una connotación negativa, y el tiempo hasta el desenlace debe estar claramente establecido. Este tipo de preguntas son de tipo analítico en la mayoría de las ocasiones, aunque la comparación no es explícita. Si el factor pronóstico es una variable categórica, la comparación (C) es, en general, la ausencia del factor. En ocasiones, para variables cuantitativas el punto de corte no se conoce hasta la finalización del análisis de datos. Por lo tanto, no sería sensato presentar una comparación al inicio. Los desenlaces de la pregunta son «duros», muy importantes para el paciente, por ejemplo: recaída, mortalidad, supervivencia o algún evento objetivo que está en relación con el tiempo. Lo que se espera medir (M) es el riesgo o el valor pronóstico¹⁷.

2. Búsqueda bibliográfica

Para dar respuestas a las preguntas planteadas, el siguiente paso es la búsqueda bibliográfica. En esta fase se debe identificar cuál es la bibliografía existente y



disponible para responder a la pregunta. Es necesario disponer de un acceso cómodo a las fuentes de información: bases de datos, publicaciones primarias y secundarias, así como adquirir habilidades en el uso y explotación de las estrategias de búsqueda bibliográfica¹. Cuando se analizan los resultados de las búsquedas bibliográficas, si planteamos como ejemplo situaciones extremas, puede ocurrir que quizás no recuperemos artículos que den respuesta a nuestras dudas; o, al contrario, que recuperemos varios artículos de diseño adecuado, pero que presentan resultados contradictorios¹. En este momento, en cualquiera de las dos situaciones, la formulación previa de la pregunta estructurada nos será de gran utilidad. En la primera situación (no hemos recuperado artículos que den respuesta a la pregunta) es el momento de plantearse, en caso de valorarse necesaria, una investigación original. En este caso, la pregunta estructurada puede utilizarse para formular la hipótesis del estudio. En la segunda situación (recuperamos varios artículos con diseño adecuado y resultados contradictorios), ante la inexistencia de una revisión sistemática la pregunta estructurada será de gran utilidad para elaborar las bases de un protocolo para realizar esta revisión¹.

- **Publicaciones Primarias**

Por ello, es razonable pensar que las primeras fuentes a consultar serían aquellas que ofrezcan documentos de síntesis, elaborados mediante un proceso explícito, reproducible y con las máximas garantías de haber recopilado información fiable. Este tipo de documentos son, por ejemplo, las revisiones sistemáticas de la evidencia científica. Por lo tanto, un primer paso lógico sería dirigirnos a fuentes como la Cochrane Library Plus, en la que se publican revisiones sistemáticas de calidad y actualizadas periódicamente¹¹. Sólo sería necesario dirigirnos a otras fuentes de información en el caso de que en la Cochrane Library Plus no encontráramos información sobre el tema que buscamos. Hay que tener en cuenta que, actualmente, la información se encuentra diversificada en multitud de bases de datos y son minoría las bases de datos dedicadas a una única especialidad o bien dirigidas a un único profesional de la salud. El hecho multidisciplinar también se aplica a las bases de datos, hecho que facilita la consulta de la información, al encontrarse concentrada en un solo punto, aunque en algunos casos suponga un cierto ruido informativo, al aportar otros documentos que no son de interés para la práctica enfermera¹¹.

Las bases de datos bibliográficas más conocidas, como Medline y Embase Cinahl, recogen un gran volumen de información de enfermería y de otras áreas de las



ciencias de la salud y el conocimiento. Son bases de datos de obligatoria consulta cuando la búsqueda en las bases de datos secundarias no ha dado el resultado esperado. Se denominan fuentes de información a los distintos materiales que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento. La clasificación principal de las fuentes es por el tipo de contenido de cada una, con independencia del formato o medio físico (papel, electrónico) en que se presentan. En información biomédica se ha tomado también la definición de fuentes de información primarias y secundarias¹¹.

Como fuente de información primaria podemos considerar los artículos originales de revistas. El número de fuentes de información es muy elevado. Hay que recordar que como enfermeras no sólo debemos leer las publicaciones propias de nuestra disciplina, sino también publicaciones biomédicas en general, dado que pueden aportarnos numerosas evidencias para los cuidados, gestión y docencia en enfermería. Tal como hemos indicado en el anterior apartado, para realizar una búsqueda es preferible empezar por aquellas fuentes de información que nos faciliten documentos de síntesis¹¹.

- **Bases de datos de fuentes de información secundarias**

Las bases de datos secundarias son aquellas que recopilan información de una o más fuentes primarias y la procesa para poder acceder mejor a ella o comprenderla mejor, mediante procesos como la lectura crítica y la síntesis de la información. en enfermería no son lógicamente tan numerosas como las primarias. Serán siempre nuestra primera elección cuando tengamos una pregunta de investigación. Encontrar un documento de síntesis de la evidencia, elaborado de forma sistemática, nos ahorrará muchos esfuerzos y nos brindará una respuesta posiblemente válida. Veamos a continuación las de mayor interés para enfermería¹¹.

LA COCHRANE LIBRARY PLUS, se trata de una revista electrónica secundaria que agrupa documentos basados en la evidencia científica. Su principal atractivo son las revisiones Cochrane, revisiones sistemáticas de la evidencia científica de alta calidad elaboradas por la Colaboración Cochrane. Para los hispanohablantes es sumamente interesante, ya que dispone de estos valiosos materiales en castellano. Es sin duda alguna la principal fuente de evidencia fiable sobre los efectos de la atención sanitaria que existe en lengua española¹¹.



¿Qué incluye la Cochrane Library Plus?

- La Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (BDCRS)-The Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR). Las revisiones Cochrane se basan mayoritariamente en ensayos clínicos controlados y son altamente estructuradas y sistematizadas. Con frecuencia se combinan estadísticamente los datos (meta-análisis) para incrementar la potencia de los hallazgos de numerosos estudios que serían demasiado pequeños para producir resultados fiables de forma individual. La Cochrane Library Plus contiene todas las revisiones sistemáticas en inglés, además de un gran número de revisiones sistemáticas traducidas al español¹¹.
- La Base de datos de resúmenes de revisiones de efectividad-The Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE). Incluye resúmenes estructurados en inglés de revisiones sistemáticas de todo el mundo que han sido sometidas a las evaluaciones críticas de los revisores del Centre for Reviews and Dissemination, York, Inglaterra¹¹.
- El Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados-The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), es una base bibliográfica que contiene más de 280.000 ensayos controlados identificados por colaboradores de la Colaboración Cochrane, entre otros. Forma parte de un esfuerzo internacional de búsqueda manual en las revistas de todo el mundo para crear una base de datos válida para las revisiones sistemáticas¹¹.
- Además, se incluye el Registro de ensayos clínicos iberoamericanos.

BASE DE DATOS TRIPDATABASE. Fue creada en 1997 y podríamos considerarla como un conjunto de bases de datos que identifica documentos (artículos de revistas, libros, informes de agencias de evaluación, guías de práctica clínica) relacionados con la práctica basada en la evidencia. La información que contiene se actualiza de forma mensual mediante el acceso a las fuentes de información de las que se alimenta. Su acceso es de pago y, aunque solapa parte de sus contenidos con la Cochrane Library Plus, accede a más bases de datos y puede ser de ayuda en caso de que nuestra búsqueda en la anterior no diera resultado. Hay que mencionar, sin embargo, que algunas de las bases de datos que utilizan están solapadas. Hay otras fuentes de información que se editan en formato electrónico y/o formato papel. Una de ellas es la revista Evidence-Based Nursing. Se trata de una revista de edición trimestral que agrupa y sintetiza información de interés para la enfermería. Incluye información extraída de la revisión periódica de 140 revistas médicas y de enfermería. El procedimiento para la elaboración de sus contenidos



es a través de la selección de un grupo de artículos que son leídos de forma crítica, e incorporando un comentario sobre los puntos fuertes y débiles del cada uno de ellos. La principal función de esta revista es facilitar la actualización enfermera a través de los artículos más relevantes publicados internacionalmente¹¹.

- **Bases de datos de fuentes de información primarias.**

Dentro de las bases de datos españolas de enfermería, quizás la principal, según algunos autores, es la base de datos CUIDEN, elaborada por la Fundación Index. Incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana tanto de contenido clínico-asistencial, en todas sus especialidades, como con enfoques metodológicos, históricos, sociales y culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y materiales no publicados¹¹.

Base de Datos para la Investigación en Enfermería (BDIE). BDIE es una base de datos bibliográfica de difusión gratuita, libre y universal, sobre la producción científica de la enfermería en España desde 1990 hasta la actualidad. Internacionalmente, la base de datos de enfermería más conocida es Cinahl. La base de datos Cinahl contiene información de enfermería y de otras disciplinas relacionadas con las ciencias de la salud desde el año 1982 hasta el presente. Incluye 1.712 revistas, de las cuales 517 son principalmente de enfermería¹¹.

Medline es la base de datos más importante de la National Library of Medicine (NLM). Abarca los campos de la medicina, oncología, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas y es una base de datos de obligada consulta, aunque presenta importantes deficiencias en lo referente a medicinas alternativas e información sobre medicamentos. Actualmente contiene más de 12 millones de referencias bibliográficas de artículos de revistas desde el año 1960, provenientes de 4.579 revistas internacionales de ciencias de la salud (datos de 2003). Medline se ha convertido en la fuente de información más utilizada mundialmente¹¹.

PUBMED. Pubmed es un servicio accesible vía web, desarrollado por la propia NLM conjuntamente con el National Center for Biotechnology Information (NCBI) y los editores de las revistas biomédicas. Esta base de datos incluye, además de la bibliografía tradicional, enlaces electrónicos provenientes directamente de las propias editoras e información de interés sanitario general¹¹.



Para realizar una buena búsqueda bibliográfica debemos definir una serie de conceptos clave:

- Descriptores palabras clave: Son términos estandarizados y asignados a cada referencia. Estos se pueden buscar como:

Texto libre o expresiones literales: conjunto de términos o expresiones que aparecen en el título resumen. Es muy sencillo buscar referencias como texto libre, pero tiene como desventaja que con ello encontraremos numerosas referencias, muchas de ellas irrelevantes¹⁴.

Por tanto, debemos realizar una búsqueda bibliográfica utilizando los tesauros que son:

Tesauros: Un conjunto ordenado y estructurado de todos los descriptores y palabras clave. Identificamos dos tipos de tesauros principales¹⁴:

- MeSH: tesauros utilizados en la base de datos Pubmed.
- DeCs: descriptores en ciencias de la salud, usados por Lilacs, Medline

Estrategias de búsqueda

Además, para realizar una búsqueda bibliográfica, y que ésta sea concreta en el tema de búsqueda, debemos utilizar operadores booleanos. Los operadores booleanos amplían o simplifican nuestra búsqueda. Es decir, nos ayudan a filtrar aquella información que no queremos¹⁴.

- Con el operador booleano AND podemos limitar el resultado de nuestra búsqueda, ya que solamente nos buscará registros en los que coincidan todos los términos de la búsqueda¹⁴.
- Con el operador booleano OR podemos ampliar el resultado de la búsqueda ya que localiza al menos 1 de los términos de búsqueda¹⁴.
- Con el operador booleano NOT recuperamos los artículos que contengan los términos escritos antes del operador NOT, pero no los de detrás¹⁴.

3. Lectura crítica

Es evidente que no podemos “dar por bueno” todo aquello que leemos por el solo hecho de estar recogido en un artículo con una estructura metodológica “científica” y haber sido publicado en una revista o estar incluido en una base de datos



bibliográfica. Si queremos ser honestos con nuestras propias elecciones para la toma de decisiones sobre el cuidado de nuestros pacientes, debemos plantearnos y preguntarnos sobre la efectividad, la idoneidad y la aplicabilidad de los resultados que los diferentes artículos escogidos nos ofrecen. Cada una de las fuentes de información posibles (revisión sistemática, guía de práctica clínica, editoriales y artículos de revistas) puede tener su valor. Los problemas surgen cuando, como ocurre a menudo, diversas fuentes proporcionan diversas sugerencias respecto a los cuidados de los pacientes. Sin una manera crítica de valorar la información que recibimos, es difícil decidir qué debemos incorporar en nuestra práctica¹¹.

Está basada en la evidencia y valora la validez y utilidad de los resultados de investigación publicados. Es un proceso sistemático desarrollado para evaluar el diseño y metodología del estudio, así como la calidad de los datos y analizar e interpretar los resultados. El gran incremento del número de publicaciones científicas en las últimas décadas y la repercusión que puede tener la implementación en la práctica de resultados no evaluados hacen que sea indispensable la necesidad de un correcto análisis de la información científica; por lo tanto, una vez identificados los estudios, es necesaria su lectura crítica. Mediante la lectura crítica se valora la metodología y el diseño de los estudios, lo que permite objetivar criterios de calidad para cada diseño¹. Así, de un ensayo clínico se valora si tiene validez interna, que se define como la garantía de que el diseño del estudio, su ejecución, análisis y presentación de los resultados minimizan los sesgos. Con la lectura crítica se objetiva la relevancia de los estudios lo que puede llevar a plantear su posterior aplicación. Es por este motivo que la lectura crítica tiene especial relevancia dentro de la práctica de la EBE¹.

En la lectura crítica se pueden identificar 5 fases diferenciadas:

- 1. Aproximación a la validez:** Proviene de la localización y selección de los artículos. En ella podemos evaluar la parte preliminar del artículo. En esta nos fijamos si la revista donde está publicado el artículo dispone de un sistema de evaluación por pares, método usado para evaluar la calidad, originalidad, factibilidad y rigor científico de un estudio. Además, valoraremos el resumen del estudio comprobando si incluye todas las partes del cuerpo del artículo: objetivo, diseño, número y principales características de los sujetos, tratamiento y principales resultados y conclusiones. A partir de esta lectura nos planteamos si el estudio es interesante, útil y aplicable para responder a nuestro problema¹⁴.



2. **Formular una serie de preguntas metodológicas:** Evaluaremos la validez interna del estudio, es decir, si la metodología de este es adecuada para la consecución de sus objetivos. Además, analizaremos si el diseño es adecuado, es decir, un estudio de intervención debe realizarse mediante un ensayo clínico aleatorio o, por otro lado, si vamos a estudiar la evolución de una enfermedad utilizaremos un estudio de cohortes. Para evaluar una prueba diagnóstica debemos realizarlo mediante un estudio transversal o para estudiar la etiología de un problema utilizaremos un diseño casos-control. Además, para comprobar si el estudio es metodológicamente correcto, podemos utilizar unas preguntas metodológicas básicas de eliminación, propuestas por la red CASPe¹⁴.
3. **Evaluación del material y método del estudio:** Para ello el objetivo del estudio debe ser claro y conciso y su diseño debe ser acorde a la pregunta de investigación. Además, el criterio de selección de la población debe ser adecuado y el tamaño muestral suficiente para obtener resultados extrapolables. La formulación de las conclusiones finales del estudio debe ser acorde a los resultados¹⁴.
4. **Evaluación de los resultados del estudio:** Estos deben ser relevantes y no solamente deben estar determinados por la significación estadística sino también por la relevancia clínica observada¹⁴.
5. **Identificar el grado en que los resultados pueden ser generalizados en algunos pacientes o a otras poblaciones específicas.** Debemos determinar también las diferencias que hay en la población de estudio y nuestra población y el impacto que tienen los resultados en los pacientes¹⁴.

Calidad de la evidencia

A partir de los artículos seleccionados, debemos iniciar la lectura con el título y el resumen. Esto nos permitirá analizar el tipo de diseño de cada investigación y seleccionar aquellos que cumplan los criterios de inclusión (es decir, que respondan a la pregunta de investigación planteada). A partir del texto completo se debe analizar de forma detallada la metodología y los resultados que aportan, realizar una síntesis crítica de estos resultados y finalmente dar una utilidad práctica a esta síntesis. Este proceso, aparentemente tan complejo, puede verse facilitado si nos guiamos por alguna de las listas de preguntas de comprobación que ofrecen los recursos de lectura crítica antes citados y que sirven para analizar la calidad de los artículos. Las preguntas permiten establecer la validez y el significado de los resultados y su relevancia para nuestra práctica. Todas las guías,



independientemente de cuál sea la fuente de información primaria (estudios originales) o secundaria (revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica), contienen tres preguntas clave o principales comunes a todas ellas. Las preguntas clave para la lectura crítica son¹¹:

- ¿Son válidos los resultados del estudio?
- ¿Cuáles han sido los resultados?
- ¿Me resultarán útiles los resultados en el cuidado de mis pacientes?

La técnica de lectura variará en función del nivel de evidencia que se considere. Antes de responder a estas preguntas valoraremos el grado de evidencia científica de los estudios de investigación elegidos. El grado de evidencia científica se valora mediante escalas que permiten clasificar los estudios de manera jerárquica según el rigor del diseño. Las recomendaciones para la práctica realizadas a partir de estos diseños dependen de su metodología y del rigor científico¹¹.

4. Implementación

La implementación es el mecanismo para llevar a cabo la aplicación de la mejor evidencia científica disponible. Si obtenemos resultados válidos podemos implementar cambios y mejorar la atención a nuestros pacientes. Solamente obtendremos mejoras en la aplicación de nuestros cuidados si implementamos los cambios basados en la evidencia científica disponible. Con la implementación promovemos la unión entre lo que se conoce y lo que se hace¹⁴.

Existen una serie de dificultades en el momento de la implementación y, por lo tanto, es indispensable desarrollar estrategias, identificar posibles barreras y conocer cuáles son las causas más frecuentes de fracaso para hacerles frente. Para llevar a cabo la implementación utilizaremos las guías de práctica clínica¹. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son una de las herramientas más destacadas para facilitar el proceso de implementación, ya que constituyen un puente de unión vital entre la práctica y la teoría. En las GPC, a partir de niveles de evidencia establecidos en función de la pregunta y del diseño del estudio, se determinan grados de recomendaciones para ayudar a los profesionales y a los pacientes a decidir cuál es la intervención más adecuada en una situación clínica concreta¹.

La implementación debe ser evaluada en relación con el contexto en el que se proporciona el cuidado y en el que influyen factores individuales y organizativos. Uno de estos factores individuales está relacionado con la consideración de las



preferencias y los valores del paciente para consensuar sus cuidados. Además de la participación y aceptación de los cuidados por parte del paciente, el juicio crítico y la experiencia del profesional son otros factores individuales sumamente importantes. Su naturaleza garantiza el uso racional de las GPC y, por lo tanto, establecen la diferencia entre la PBE y un libro de recetas de cocina¹.

Otra herramienta de gran utilidad para implantar la PBE son los pathways. Los pathways, también denominados en español vías o trayectorias clínicas, establecen los puntos clave de los diversos niveles de un proceso determinado, centrandose su atención en los elementos críticos del cuidado y tratamiento. Se definen como la secuencia cronológica de intervenciones necesarias para conseguir unos resultados en salud para un grupo de pacientes con un proceso concreto. Al definir unas intervenciones y unos resultados deseados, permiten identificar las divergencias entre los resultados deseables y los reales. Estas divergencias pueden ser debidas a las características de los pacientes, a los profesionales o a la falta de recursos en el sistema sanitario. Al igual que en las GPC, los pathways tienen que estar basados en la evidencia científica y combinarse con la experiencia clínica¹¹.

- **Implementación efectiva**

No existe ninguna pauta mágica ni receta para llevar a cabo un cambio efectivo en la práctica clínica. El proceso no es tan simple como el hecho de escoger una intervención y esperar que ocurra lo mejor; deben considerarse como factores mediáticos para una implementación efectiva del cambio las características de los pacientes, de los profesionales y del entorno donde se debe llevar a cabo el cambio. Además, para conseguir un cambio efectivo, es imprescindible llevar a cabo estrategias que permitan implementar y monitorizar el proceso y desarrollar un plan de acción que considere los siguientes aspectos: Objetivos, especificar acciones realistas a llevar a cabo y establecer un cronograma¹¹.

- Identificar a las personas clave que tienen que conocer el proyecto y cómo comunicarlo.
- Identificar a las personas que desarrollarán el proyecto y valorar la necesidad de disponer habilidades específicas.
- Qué recursos se necesitan y cuándo.
- Cuáles son las dificultades y cómo pueden minimizarse.
- Cómo sabremos que las acciones han sido realizadas.
- Establecer acuerdos de gestión y supervisión.



Las revisiones sistemáticas, las GPC y los pathways son herramientas que nos permiten aplicar en nuestra práctica clínica los resultados de la investigación enfermera y tomar decisiones de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible. A pesar de que la implementación de los resultados puede ser difícil, no es imposible. Las siguientes recomendaciones pueden ser de utilidad¹¹:

- Establecer un cronograma razonable.
- Decidir cómo se coordina el trabajo y quiénes son las personas responsables.
- Reconocer la necesidad de nuevas habilidades y recursos.
- Mantenerse en contacto con las personas directamente afectadas por el cambio.
- Monitorizar el proceso y contrastarlo con la planificación establecida.
- Realizar las modificaciones que sean necesarias y mantener las mejoras.
- No ser demasiado ambicioso.
- Esperar lo inesperado y estar en condiciones de responder

5. Evaluación

Mediante la evaluación valoramos la repercusión de los cambios introducidos en la práctica clínica, es imprescindible que las decisiones que se tomen en la práctica asistencial se basen en la mejor evidencia empírica. Sin embargo, también es importante que se evalúen estas decisiones después de su aplicación. La última fase de la EBE es evaluar la repercusión de los cambios introducidos en la práctica, para identificar si éstos han sido o no efectivos. La situación ideal es que la evaluación se lleve a cabo analizando resultados sensibles a las intervenciones de enfermería, con la finalidad de estimar los beneficios, daños y costes de las intervenciones¹¹.

Por último, se debe destacar los beneficios de la enfermería basada en la evidencia como son: la garantía de proporcionar a los pacientes unos cuidados efectivos y eficientes, la implementación de la mejor evidencia en la práctica clínica diaria, los profesionales tienen la seguridad de que proporcionan cuidados acordes a la mejor evidencia científica y estarán más satisfechos. Aunque, por otro lado, se distinguen algunas limitaciones de la enfermería basada en la evidencia como son: la escasez de resultados de investigación válidos, las dificultades económicas para publicar resultados válidos y la resistencia de los profesionales al cambio por su poca disposición¹⁴.



Una buena evaluación se debe centrar en los resultados más que en el proceso y debe incluir una auditoría. Las auditorías examinan la práctica y la comparan con unos estándares establecidos. Si los estándares no existen, los resultados obtenidos de la evaluación van a permitir formular unos estándares de cuidados que serán utilizados para registrar la mejora en la calidad de las intervenciones. No se debe olvidar consensuar estos estándares con el paciente dentro del cuidado individualizado¹¹.

La evaluación tiene como objetivo aumentar la efectividad y la utilidad de los programas de mejora de la calidad. Uno de los sistemas de monitorización más utilizados son los indicadores clínicos de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Estos indicadores clínicos se pueden integrar en las normas ISO (International Organization for Standardization), modelo simple para la gestión de la calidad de los procesos y en el modelo EFQM (modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) que permite evaluar la calidad de la gestión como macro proceso. La evaluación de la calidad, que como se ha señalado nos informa del nivel de servicios que se proporcionan, inevitablemente va unida a la mejora de la calidad garantizando así que los cuidados que se ofrecen son los mejores y más adecuados a los pacientes¹¹.

3.2.6 Beneficios de la Enfermería basada en evidencia

Dentro del contexto sanitario actual, parece lógico afirmar que la EBE constituye una pieza clave, ya que al ser uno de los enfoques más adecuados para garantizar que la práctica enfermera sea efectiva y eficiente, ofrece una respuesta óptima a las necesidades planteadas¹.

Entre los beneficios de su aplicación destacamos:

- Los pacientes reciben el mejor cuidado (el más efectivo) y favorece la atención individualizada¹.
- Los profesionales tenemos la seguridad de que nuestra práctica se apoya en la investigación¹.
- Cuando la PBE se aplica con una visión multidisciplinar favorece la visión de la situación, el trabajo en equipo y una forma de trabajar más efectiva¹.
- Incrementa la satisfacción laboral de los profesionales al cubrir de manera más efectiva las necesidades de los pacientes y al ser más conocedores de la investigación que se desarrolla y de sus resultados¹.



- Produce mejoras en las habilidades clínicas de comunicación con los pacientes¹.
- Apoya y mejora las habilidades necesarias para encontrar y valorar críticamente los estudios de investigación¹.
- Aumenta el interés y anima a fomentar la educación continuada¹.

La EBE contribuye desde su inicio a la difusión y al análisis de una forma de trabajo que probablemente es la que mejor se ajusta para ayudar en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes y para garantizar que los cuidados que reciben los pacientes son los más efectivos, seguros y de calidad¹.

3.2.7 Limitaciones de la Enfermería Basada en la Evidencia

Las limitaciones de la EBE están directamente relacionadas con las dificultades en su aplicación¹. Los problemas emergen por:

- La escasez de resultados de investigación válidos en algunos temas.
- Los impedimentos para aplicar los resultados en el cuidado de los pacientes.
- La existencia de barreras financieras que dificultan la aplicación de cuidados de calidad¹.

Si nos centramos en la EBE, existen otras limitaciones relacionadas con la dificultad de aplicar los resultados de la investigación a la práctica por parte de la propia disciplina¹.

- Las enfermeras están poco dispuestas a menudo a leer informes de investigación y a cambiar la práctica clínica a una manera diferente de como se ha hecho siempre¹.
- El cambio puede ser percibido como una amenaza y requiere esfuerzo y la modificación de antiguos hábitos del trabajo¹.
- Las enfermeras desconocemos los resultados de la investigación, no los entendemos o no los creemos¹.
- En caso de conocerlos, entenderlos y creer en ellos, desconocemos cómo deben ser utilizados y en otras ocasiones, no nos está permitida su aplicación¹.

Los últimos dos puntos corresponden a los argumentos planteados por Hunt en 1996, que radicalizan la grave problemática existente sobre la falta de implementación de los resultados de la investigación en la práctica. Mediante la EBE



se puede contrarrestar esta situación. Aunque la EBE pueda parecer a veces una pérdida de tiempo, si ofrece la posibilidad de informar a las enfermeras sobre el potencial de aplicación de la evidencia en la práctica diaria y permite encontrar un sistema para tener acceso al conocimiento, junto con una valoración crítica de los estudios encontrados, resultan claras las ventajas de incorporar la EBE a la rutina diaria¹.

La EBE es una disciplina muy joven y, por lo tanto, el impacto positivo de sus resultados se está empezando a validar y necesitará de un tiempo. La validación nos va a proporcionar más información sobre lo que realmente aporta la EBE y sólo en este momento estaremos en una situación favorable para proporcionar los mejores cuidados a los pacientes, garantizando así unos cuidados de enfermería de máxima calidad a partir de la experiencia personal y dentro del contexto de la práctica diaria¹.

3.2.8 Barreras en la Implementación de la Enfermería Basada en la Evidencia

Todavía existe una escasez en la aplicación de la EBE por parte del personal de enfermería y otras profesiones del ámbito sanitario. Los profesionales enfermeros describen barreras para la aplicación de resultados de investigación a la práctica clínica¹⁸.

Barreras relacionadas con el centro de trabajo:

- Percepción, por parte del personal de enfermería, de que carece de la autoridad y/o autonomía para implementar los hallazgos y/o cambiar los cuidados de atención al paciente¹⁸.
- Falta de tiempo para la búsqueda y lectura de literatura científica
- Falta de tiempo para implementar nuevas ideas en el trabajo
- Ausencia de apoyo o reticencia a la introducción de cambios relacionados con los resultados de investigación por parte del personal médico, otros compañeros o la organización del centro de trabajo¹⁸.
- Inexistencia de un departamento de investigación o personal de apoyo cualificado al que poder consultar las dudas relacionadas con PBE¹⁸.
- Recursos inadecuados o insuficientes en el centro de trabajo que dificultan la aplicación de los cambios¹⁸.



Barreras relacionadas con las características personales:

- Relacionadas mayoritariamente con la falta de conocimientos en investigación; tanto para evaluar la calidad de esta y analizar los resultados, como para interpretar los análisis estadísticos¹⁸.
- Dificultad de acceso a la literatura científica

Barreras sobre la actividad investigadora:

- Falta de tiempo para llevar a cabo o participar en proyectos de investigación.
- Conocimientos de investigación insuficientes debido a la ausencia de formación en este campo¹⁸.
- Falta de compensación económica por el desarrollo de la actividad investigadora¹⁸.
- Falta de apoyo por parte del centro de trabajo para la participación en proyectos de investigación¹⁸.

3.2.9 Factores y Estrategias para la implementación de Enfermería Basada en Evidencia

Se han detectado factores que contribuyen a facilitar la aplicación de los resultados de investigación a la práctica. Estos son, en general, opuestos a las barreras afrontadas por los profesionales sanitarios, destacan¹⁸:

- La disponibilidad de tiempo para implementar las nuevas ideas y leer resultados de investigación¹⁸.
- Una formación en investigación que proporcione una base de conocimientos que permita a las enfermeras investigar y comprender los resultados derivados del proceso¹⁸.
- Contar con apoyo por parte de la organización y los compañeros en la introducción de cambios¹⁸.
- Una mayor formación en métodos de investigación y PBE
- Disponer de enfermeras especializadas en investigación con las que poder consultar dudas y que sirvan de supervisión y guía en los procesos de transferencia de conocimientos científicos a la práctica¹⁸.
- Garantizar la existencia de protocolos de enfermería fácilmente accesibles y basados en la evidencia científica¹⁸.
- Mejorar la accesibilidad a la literatura científica¹⁸.



IV. Antecedentes

| IDENTIFICACIÓN | OBJETIVO GENERAL | CATEGORÍAS /VARIABLES | INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | RESULTADOS |
|--|--|---|--|--|
| <p>Título: <i>Actitudes, conocimientos y habilidades de enfermeras y médicos sobre la práctica clínica basada en la evidencia en la provincia de Imbabura (Ecuador)</i></p> <p>Autores: Jesús Molina, Paulina Muñoz, Janeth Vaca, Carmita Cabascango y Katty Cabascango.</p> <p>Revista: Enfermería clínica</p> | <p>Describir la transferencia del conocimiento a la práctica clínica en las unidades hospitalarias de la provincia de Imbabura (Ecuador), identificando los obstáculos para implementar la práctica clínica basada en la evidencia mediante el cuestionario validado al castellano EBPQ-19</p> | <p>Las variables del estudio se estructuraron en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sociodemográficas 2. Estrategias de PCBE para la resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales. 3. Percepción sobre la PCBE. 4. Competencias profesionales para el desarrollo de la PCBE científica. | <p>Estudio observacional descriptivo transversal en los hospitales del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Imbabura del Ecuador, incluyendo un total de 281 enfermeras y médicos.</p> <p>El instrumento de EBPQ, compuesto de 24 ítems organizados en 3 subescalas validado por el equipo de De Pedro Gómez et al. El cuestionario fue autoadministrado por los participantes en el estudio del 6 de enero al 13 de febrero de 2015. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de todas las variables sociodemográficas y del cuestionario EFBQ. Se incluyeron frecuencias absolutas y proporciones para las variables cuantitativas y</p> | <p>El total de la población de estudio fue de 444 profesionales, de los cuales 242 eran enfermeras y 202 médicos. Tras el periodo de recogida de los cuestionarios de la población total a estudio participaron 281 profesionales (63,29%), con una pérdida de 163 (36,71%). Se observa que el grado de participación de los médicos ha sido superior que el de las enfermeras, siendo del 75,25% del total de población con un 24,75% de pérdidas, mientras que las enfermeras han participado un 50,41% con un 49,59% de pérdidas.</p> <p>El análisis de las frecuencias de la categoría “Estrategias de práctica clínica basada en la evidencia” pone de manifiesto que el 55,4% refiere que con frecuencia ha hecho una pregunta definida para responder a una laguna en la práctica clínica.</p> <p>El 64,7% de los encuestados frecuentemente o casi siempre afirma evaluar críticamente las fuentes bibliográficas. Además, el 58% de los profesionales suele integrar la evidencia científica con la experiencia profesional, existiendo un 8,5% que afirma nunca hacerlo.</p> |



| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <p>País: Ecuador Año: Agosto 2016</p> | | | <p>cualitativas. Como medidas de tendencia central para las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación estándar si la distribución de los datos cumplía el requisito de normalidad. Las pruebas de normalidad en caso de variables continuas se valoraron con el test de Kolmogorov Smirnov si la muestra era mayor de 50, o el de Shapiro Wilk en caso de que fuese menor. Se estableció un nivel de confianza del 95%. También se exploró la asociación entre las variables sociodemográficas con cada una de las subcategorías del cuestionario EFBQ mediante la prueba de Chi cuadrado, si cumplía el requisito de normalidad e igualdad de varianzas (constatado mediante el test de Levene). En caso de que no se cumpliera se aplicó la U de Mann-Whitney. Se consideró un nivel de significación estadística en p</p> | <p>Al preguntar si compartió la información con sus colegas, el 71,9% manifiesta hacerlo frecuentemente o casi siempre. Respecto a la variable "Percepción sobre la práctica clínica basada en la evidencia" el cuestionario EFBQ establece una comparación entre 2 afirmaciones y el grado de acuerdo de los participantes. Respecto a la carga de trabajo el 65,2% responde en la escala que la evidencia es tan importante que busca huecos de tiempo en su trabajo para ponerse al día, frente al 29,5% que considera la carga de trabajo demasiado elevada para hacerlo. En la variable "Competencias profesionales para el desarrollo de la práctica clínica basada en la evidencia" De los datos recogidos el 56,9% de los profesionales califican tener buenas habilidades para investigar, y tan solo el 3,6% califica no tener ninguna habilidad. En conclusión, estos factores deben ser considerados como necesarios para mejorar la calidad de la atención que se les presta a los usuarios en función de la mejor evidencia existente. Se hace necesario comenzar a desarrollar intervenciones de cambio en este sentido para paliar la situación actual de una práctica clínica no basada en la evidencia,</p> |
|---|--|--|--|---|



< 0,05. Se empleó el paquete estadístico SPSS versión 21.0

Referencia: Molina MJ, Muñoz NP, Vaca CJ. et.al. Actitudes, conocimientos y habilidades de enfermeras y médicos sobre la práctica clínica basada en la evidencia en la provincia de Imbabura (Ecuador). Revista Enfermería Clínica [Internet] 2016 [Consultado 13 de noviembre de 2021] ;25 (6):319-326 Disponible en: <https://bit.ly/3FobUMI>

| IDENTIFICACIÓN | OBJETIVO GENERAL | CATEGORÍAS /VARIABLES | INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | RESULTADOS |
|---|---|---|---|--|
| <p>Título: Enfermería Basada en la Evidencia Barreras para su Implementación</p> <p>Autor: Guiñazu Campo Estela Noemí</p> <p>País: Argentina</p> <p>Año: 2018</p> | <p>- Investigar el conocimiento acerca de la enfermería basada en la evidencia en los profesionales de la provincia de La Pampa, Argentina.</p> <p>2.- Detectar cuales son las barreras que impiden la implementación de la investigación que permita realizar la</p> | <p>1. Enfermería basada en evidencia</p> <p>2. Barreras de implementación</p> <p>3. Competencia</p> | <p>Se utilizó un diseño descriptivo y transversal y se elaboró un instrumento que incluyó 16 ítems con competencias en investigación. Los ítems se construyeron a partir de las competencias y objetivos de los cursos de investigación de nivel licenciatura y Enfermero Universitario, Los ítems se ubicaron en una primera columna, seguida de otras dos que indicaban los diferentes niveles de formación de enfermería profesional. El instrumento incluyó una pregunta abierta acerca del tema, cuyas respuestas se sometieron a análisis cualitativo. En este trabajo se presentan sólo los resultados de los datos cuantitativos.</p> | <p>Luego de la minuciosa lectura de la bibliografía, coincidiendo con la misma y luego de realizar la lectura de las encuestas (tablas 1 y 2) se llega a la conclusión que en la Provincia de La Pampa existe un marcado desinterés por la investigación acompañado de la falta de incentivo para realizar investigaciones para la práctica de enfermería basada en la evidencia</p> |



práctica basada en la evidencia

Referencia: Guiñazu Campo E.N, Enfermería Basada en la Evidencia Barreras para su Implementación XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería [Internet].2018 [Consultado 14 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://bit.ly/3DsHhVr>

| IDENTIFICACIÓN | OBJETIVO GENERAL | CATEGORÍAS /VARIABLES | INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | RESULTADOS |
|---|---|--|---|---|
| <p>Título: Implementación de la práctica basada en evidencia en el currículo de Enfermería.</p> <p>Autor: Arechabal María Cecilia, Catoni Salamanca María Isabel, Rojas Silva Noelia, Rubio Acuña Miriam y Carrasco Aldunate Paola.</p> <p>País: Chile</p> | <p>Describir un modelo de implementación de esta práctica en el currículo de pregrado, posgrado y educación continua de una escuela de enfermería</p> | <p>1. Practica Basada en Evidencia</p> <p>2. Cuidado de enfermería</p> | <p>Se realizó una revisión de la literatura el año 2010 en las bases de datos Medline y Cinahl de los últimos cinco años, con el objeto de identificar los principales componentes de una experiencia exitosa de implementación de la PBE en los currículos de carreras de la salud</p> <p>Se seleccionaron cursos teórico-clínicos, se formaron académicos y enfermeras de los campos clínicos para cautelar la continuidad del aprendizaje de los estudiantes. Se establecieron los contenidos y competencias a enseñar y evaluar en cada nivel de formación,</p> | <p>La revisión de la literatura mostró que para la incorporación de la PBE en los currículos de pregrado era necesario contar con: profesores formados en el tema, cursos a lo largo del currículo de preferencia clínicos en los cuales enseñar este contenido y crear un ambiente positivo para la utilización de esta metodología en los campos clínicos a los cuales asisten los estudiantes.</p> |



| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <p>Año: 2018</p> | | | <p>monitoreo continuo del proceso por parte de profesores líderes, capacitación de los profesionales de los servicios clínicos donde realizan experiencias los estudiantes y, por último, incorporación de profesores en proyectos de PBE.</p> | <p>La Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile ha logrado instalar un cuidado basado en evidencia, con el desarrollo de habilidades en estudiantes y profesionales para otorgar un cuidado basado en evidencia y/o sintetizar evidencia para ser utilizada por otros profesionales.</p> |
| <p>Referencia: Arechabal M.C, Catoni Salamanca M.I, Rojas Silva N, Rubio Acuña M, Carrasco Aldunate P, Implementación de la práctica basada en evidencia en el currículo de Enfermería. <i>Educación Médica Superior</i>. [Internet].2018[consultado 14 de Noviembre de 2021]; 32(1);253-263. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000100024</p> | | | | |

| IDENTIFICACIÓN | OBJETIVO GENERAL | CATEGORÍAS /VARIABLES | INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | RESULTADOS |
|--|--|---|--|--|
| <p>Título: Enfermería Basada en Evidencia (EBE) en el acto del cuidado enfermero: una revisión integradora.</p> | <p>Determinar el uso de la Enfermería Basada en la Evidencia hospitalaria por los profesionales de</p> | <p>1. Enfermería basada en evidencia (EBE) 2. Hospitalaria 3. Profesionales de enfermería</p> | <p>Se aplicó metodología de revisión integradora de la literatura indexada, sobre la EBE y las posibilidades en relación con la aplicación de la misma en la práctica de enfermería hospitalaria, con las consideraciones de algunas barreras que no permiten su</p> | <p>La revisión de la literatura de 18 artículos comprobó que el 39% fueron investigaciones de tipo cualitativo, mientras que el 39% eran cuantitativas y el 22% fueron mixtas; el predominio de las investigaciones fue en idioma español con el 61.1%</p> |



| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <p>Autor: Patiño Villalva Gladys Esther</p> <p>País: Chiclayo, Perú</p> <p>Año: Mayo-2020</p> | <p>enfermería. Marzo – julio 2019.</p> | | <p>uso. La lectura crítica fue efectuada con la literatura encontrada desde 2015 a 2019 en 3 bases de datos: Bireme, Scielo, PubMed, además de libros. El estudio se realizó en 6 etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pregunta orientadora 2. Criterios de inclusión 3. Presentar estadísticas de los estudios seleccionados en tablas 4. Análisis crítico de los hallazgos buscando similitudes y diferencias de los temas relativos a la EBE 5. Interpretación de los resultados 6. Desarrollo y presentación del informe final | <p>y de estas el 55% fueron de investigadores españoles. El estudio permitió conocer la importancia de la evidencia científica y su aplicación en el cuidado acorde con los adelantos científicos, técnicos y humanos.</p> <p>En la selección hubo el 39% de estudios de tipo cuantitativo, los cuales han demostrado estadísticamente el problema de las barreras, así como de las posibilidades encontradas para la aplicación de la EBE a nivel hospitalario, estos estudios en su mayoría tratan sobre la aplicación de los cuestionarios: (EBPQ) y Nursing Work Index (NWI).</p> |
| <p>Referencia: Patiño Villalva G.E. Enfermería Basada en Evidencia (EBE) en el acto del cuidado enfermero: una revisión integradora. ACC CIETNA[internet].2020 [consultado 14 de Noviembre de 2021]; 7 (1);84-94. Disponible en: https://doi.org/10.35383/cietna.v7i1.350</p> | | | | |



| IDENTIFICACIÓN | OBJETIVO GENERAL | CATEGORÍAS /VARIABLES | INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | RESULTADOS |
|---|--|---|---|---|
| <p>Título: El futuro de la enfermería basada en evidencia y su impacto en el cuidado del paciente</p> <p>Autor: Riber Fabián Donoso Noroña, Nairovys Gómez Martínez, Adisnay Rodríguez Plasencia</p> <p>País: Ecuador</p> <p>Año: Septiembre 2020</p> | <p>Describir la importancia de la Enfermería Basada en la Evidencia como una estrategia relevante para el desarrollo de la Gestión del Cuidado</p> | <p>1. Enfermería basada en evidencia</p> <p>2. Impacto</p> <p>3. Cuidado del paciente</p> | <p>El enfoque utilizado es el cuali-cuantitativo, mediante una investigación aplicada con alcance descriptivo, realizada mediante técnica de encuesta aplicada a través de cuestionarios planteados en Microsoft forms practicadas a una muestra de selección aleatoria de 26 estudiantes y 32 profesionales de la Enfermería</p> | <p>Los resultados, denotan la importancia de la formación de los futuros enfermeras/os mediante la Práctica Basada en la Evidencia Científica para lograr el mejor cuidado.</p> |
| <p>Referencia: Donoso Noroña R.F, Gomez Martínez N, Rodríguez Plasencia A. El futuro de la enfermería basada en evidencia y su impacto en el cuidado del paciente. <i>UNIVERSIDAD Y SOCIEDAD Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos</i>[Internet].2020[Consultado 14 de Noviembre de 2021]; 12 (5);229-236.Dispnible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000500229</p> | | | | |



| IDENTIFICACIÓN | OBJETIVO GENERAL | CATEGORÍAS /VARIABLES | INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | RESULTADOS |
|---|--|--|---|---|
| <p>Título: <i>Competencia en Práctica Basada en la Evidencia y factores asociados en las enfermeras de Atención Primaria en España.</i></p> <p>Autor: Serafín Fernández, Antonio Jesús César Leal, Jessica García, Solanger Hernández, María Ruzafa Martínez</p> <p>Revista: Atención primaria</p> | <p>Conocer el nivel de competencia en Práctica Basada en la Evidencia (PBE) de las enfermeras de Atención Primaria (AP) en España y analizar los factores asociados.</p> | <p>1) Variables sociodemográficas, profesionales y de acceso a información científica.</p> <p>2) Variable de resultado: competencia en PBE (actitud, conocimientos, habilidades y utilización), evaluada mediante el cuestionario EBP-COQ.</p> | <p>Estudio transversal de carácter nacional a través de un muestreo no probabilístico estratificado por comunidades autónomas a las enfermeras que estuvieran en activo en el Sistema Nacional de Salud en España con una experiencia profesional mínima de un año, obteniendo una muestra de 2,982 enfermeras de toda España, para realizar el presente estudio se seleccionó la submuestra de 780 enfermeras.</p> <p>La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario online realizado a través de redes sociales y contactando por correo electrónico y telefónico con asociaciones de enfermería y colegios profesionales, durante los meses de enero a marzo de 2020.</p> <p>Incluía las siguientes variables: Sociodemográficas: edad, sexo y carga familiar. Profesionales: año de finalización de los estudios, años de experiencia profesional, años de trabajo en AP, entorno de trabajo (rural o</p> | <p>Concretamente, para este estudio la muestra analizada fue de 780 enfermeras que trabajan en el ámbito de AP. Seiscientas participantes (76,9%) eran mujeres, con una edad media de 43,6 años (desviación típica [DT] 10,1), experiencia laboral media global de 19,8 años (DT 10,5) y 12,8 años (DT 10,1) de experiencia en AP. Más de trescientas (42,3%) trabajaban en un entorno urbano y 445 participantes (57,1%) tenía un contrato fijo. Respecto de la formación, 429 enfermeras (55%) tenía formación posgrado y la mayoría habían realizado formación en PBE y accedían a Internet para</p> |



| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>País: España</p> <p>Año: 20/04/2021</p> | | | <p>urbano), situación laboral, tipo de jornada laboral, nivel educativo máximo alcanzado, formación en PBE, número de artículos leídos en el último mes, Utilización de Internet y redes sociales, frecuencia de uso, utilización de Twitter, blogs de salud, lugar de acceso más frecuente a Internet, acceso a Internet en el centro de trabajo.</p> <p>Variable de resultado: competencia en PBE evaluada mediante el cuestionario Competencia en Práctica Basada en la Evidencia en profesionales (EBP-COQ Prof), validado en el contexto español, con una validez y fiabilidad adecuadas. El cuestionario se desarrolló a partir del marco competencial en PBE para enfermeras de cuidados generales propuesto por Melnyk y la definición operativa de competencia. El cuestionario consta de 35 ítems que se responden con una escala Likert de 1 a 5, organizado en 4 dimensiones: actitud (8 ítems, rango de puntuación 8-40), conocimientos (11 ítems, rango 11-55), habilidades (6 ítems, rango 6-30) y utilización (10 ítems, rango 10-50). La puntuación global del nivel de competencia en PBE tiene un rango</p> | <p>consultar información científica</p> <p>La puntuación media en el nivel de competencia en PBE de las enfermeras de AP fue de 131,5 (desviación típica [DT] 17,0). Por dimensiones: actitud 36,8 (DT 3,6); conocimientos 38,2 (DT 8,9); habilidades 23,0 (DT 3,5) y utilización 33,3 (DT 6,1). Leer más de 3 artículos en el último mes es la variable que tiene más influencia sobre todas las dimensiones del EBP COQ Prof, seguida de la formación en PBE (más de 150 h) y la tutorización de alumnos de Enfermería. El nivel educativo (máster, especialista y doctorado) se asocia con las dimensiones conocimientos y habilidades, mientras que trabajar en un centro BPSO se</p> |
|--|--|--|--|---|



| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>entre 35 y 175 puntos (a mayor puntuación, mayor competencia). Se realizó un análisis univariante, descriptivo, con medidas de tendencia central para las variables sociodemográficas cuantitativas y las dimensiones del EBP-COQ Prof, y se calcularon las frecuencias absolutas y los porcentajes para las cualitativas. Se realizó un análisis bivalente entre las puntuaciones de las dimensiones y la puntuación total del EBP-COQ Prof, y las variables sociodemográficas y profesionales, mediante pruebas estadísticas de ANOVA de un factor y la correlación de Pearson. Se realizaron modelos multivariantes (regresión lineal múltiple) para conocer la influencia de las variables analizadas sobre las dimensiones actitud, conocimientos, habilidades, utilización y puntuación total del cuestionario EBP-COQ Prof</p> | <p>asocia con la utilización de la PBE. Las enfermeras de AP estudiadas tienen una actitud positiva, conocimientos y habilidades moderadas y niveles bajos en la dimensión utilización de la PBE. Los factores que han mostrado mayor influencia en los conocimientos, las habilidades y la utilización de la PBE son la lectura de artículos científicos, la formación continuada en PBE mayor de 150 h y ser tutor de alumnos en las prácticas clínicas</p> |
| <p>Referencia: Fernández SS, Ramos MJ, Leal CC et.al. Competencia en Práctica Basada en la Evidencia y factores asociados en las enfermeras de Atención Primaria en España. Revista Atención Primaria [Internet] 2021 [Consultado 13 de noviembre de 2021] ;53 (2021):2-13 Disponible en: https://bit.ly/3FobUMI</p> | | | | |



| IDENTIFICACIÓN | OBJETIVO GENERAL | CATEGORÍAS /VARIABLES | INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | RESULTADOS |
|---|--|---|--|--|
| <p>Título: Gestión del cuidado de enfermería basada en la evidencia</p> <p>Autor: Tumbaco Qimis Katty Lorena, Tumbaco Quimiz Yanina Maribel, Jaime Pincay Natalia Maribel y Jaime Villafuerte Mayra Yariza</p> <p>País: Venezuela</p> <p>Año: 2021</p> | <p>Describir la importancia de la gestión del cuidado de enfermería basada en la evidencia</p> | <p>1. Enfermería basada en evidencia (EBE) 2. Gestión del cuidado</p> | <p>El tipo de investigación fue documental; bajo el enfoque del método hermenéutico, lo que permitió elaborar un marco teórico conceptual para formar un cuerpo de ideas sobre la gestión del cuidado de enfermería y la enfermería basada en la evidencia. El corpus de la investigación la constituyeron los documentos bibliográficos seleccionados que permitieron describir la importancia de las variables en estudio. Se consideraron las distintas fuentes de información, primarias o secundarias, que ayudaron en la búsqueda de la mejor evidencia, como bases de datos, recursos bibliográficos electrónicos, catálogos, libros, publicaciones periódicas, Internet etc. Asimismo, se consultaron documentos escritos, formales e informales, también se usó la observación directa a fin de realizar una investigación no sólo evaluativa sino propositiva, a pesar de su carácter teórico. El estudio propuesto se adecuó a los propósitos de una investigación no experimental.</p> | <p>Existe buena atención al desarrollo disciplinario en la gestión del cuidado de la enfermería, generando la necesidad de una integración efectiva entre las concepciones o postulados teóricos y sus proyecciones sobre la práctica cotidiana de la enfermería</p> |
| <p>Referencia: Tumbaco Quimis K.L, Tumbaco Quimiz Y.M, Jaime Pincay N.M, Jaime Villafuerte M.Y. Gestión del cuidado de enfermería basada en la evidencia. <i>Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología</i>. [Internet]. 2021 [Consultado 14 de noviembre de 2021]; 7(12); 341-352. Disponible en: DOI https://doi.org/10.35381/cm.v7i12.432</p> | | | | |



V. Justificación

El conocimiento de la práctica de la enfermería surge con Florence Nightingale, como algo de sentido común, un arte propio e inherente al ser humano, pero de manera paulatina fue convirtiéndose en la profesión disciplinada que es en la realidad. En este sentido “la práctica de enfermería basada en la evidencia”, independientemente de la controversia que genera, implica referirse a la producción científica en enfermería y de la aplicación de los resultados en el desempeño profesional¹⁹. La evolución histórica de la profesión de enfermería a favor del avance disciplinar exige el desarrollo científico de la profesión, la formación y capacitación permanente del personal²⁰, por ello la enfermería basada en la evidencia adquiere importancia en la actualidad ya que es necesario determinar evidencias sobre los aspectos relativos a las respuestas humanas que la sociedad demanda. En los últimos años la profesión de enfermería ha ido evolucionando en su cuerpo de conocimientos con la finalidad de dar sustento y justificar científicamente su razón de ser, es decir, el cuidado enfermero mediante el desarrollo de investigaciones que permitan la resolución de una problemática.

La investigación es parte fundamental para la excelencia del cuidado, al determinar las competencias del personal de enfermería del HRAEZ respecto a la práctica basada en evidencia permite la generación de conocimientos a la disciplina, así como una reflexión respecto a la práctica de enfermería con el fin de mejorar la efectividad, eficiencia y seguridad en la gestión del cuidado del paciente, además de empoderar a la profesión al construir evidencia actualizada de enfermería para sustentar cada una de las intervenciones con mayor certidumbre basadas en la demostración científica y de esta manera lograr el reconocimiento de que la práctica enfermera es independiente de la médica²¹. La única forma de poseer evidencia en enfermería es a través de la investigación realizada por los mismos profesionales, siendo estos los beneficiados al poseer los elementos correspondientes a la enfermería basada en evidencia, los cuales son; la investigación que aporta la mejor evidencia para realizar una determinada intervención, la experiencia profesional que permite la toma de decisiones acertadas en situaciones difíciles al poseer conocimientos adquiridos por años de ejercicio profesional, las expectativas y/o valores de los usuarios lo que implica dejar de lado la práctica paternalista ancestralmente arraigada y los recursos disponibles, es decir, los instrumentos que evalúen las intervenciones²¹.

Se considera pertinente incentivar una cultura de cambios en torno a la evidencia científica y transmitir esta información al grupo de trabajo y este mismo debe acostumbrarse a compartir la utilidad de esta herramienta es decir la evidencia



científica con el fin de unificar el cuidado de enfermería¹⁹. Es prioritario, trascendental e importante la enfermería basada en evidencia porque es un instrumento que permite la utilización crítica, juiciosa de óptimos resultados de investigación científica, rescatar esta información, trabajar en equipo, elaborar protocolos y guías que conduzcan a la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería¹⁹.

VI. Planteamiento del problema

En los últimos años, el desarrollo de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) ha revolucionado el mundo sanitario con sus planteamientos. Su aplicación se basa en la utilización de la evidencia científica; de ahí su importancia para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes⁸. En la actualidad, el envejecimiento de la población, la elevada morbilidad de las personas y el entorno profesional cambiante al que se enfrentan las enfermeras en el ámbito de la salud pública y comunitaria, precisan que se garanticen cuidados de enfermería seguros y de calidad. Las enfermeras representan casi el 50% de los profesionales sanitarios a nivel mundial y desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Enfermería presta sus cuidados en la primera línea de la atención sanitaria por lo que tienen una posición clave para cuestionar la práctica y utilizar los resultados de investigación en la toma de decisiones²². La Organización Mundial de la Salud considera la práctica basada en evidencia un área de actuación prioritaria para aumentar la contribución de las enfermeras a la salud de la ciudadanía. Además, las principales organizaciones de profesionales de la salud, incluidas las de Atención Primaria, consideran la competencia en PBE como un estándar profesional a tener en cuenta por los servicios sanitarios²².

A nivel internacional existe interés por identificar el nivel de competencia en PBE de las enfermeras, siendo más frecuentes los estudios desarrollados en entornos hospitalarios. Las conclusiones globales señalan que gran parte de las enfermeras no se sienten competentes para aplicar la PBE, independientemente del entorno de trabajo (atención hospitalaria o primaria) donde facilitan los cuidados, y preferentemente toman sus decisiones según las opiniones y experiencias previas de sus compañeras de trabajo²². Por otro lado, la literatura muestra que las enfermeras generalmente perciben positivamente la PBE y consideran importante mejorar el cuidado de los pacientes, sin embargo, su implementación es lenta y perciben barreras para lograrlo; entre estas últimas se encuentran características de los profesionales de enfermería (búsqueda de información, participación,



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



creencias y actitudes hacia la investigación, entre otras); percepción de falta de acceso a la evidencia científica (poca habilidad y acceso a internet); falta de tiempo y de apoyo de las organizaciones de salud²³.

Recientemente una revisión sistemática evaluó los conocimientos, actitudes, barreras, facilitadores e implantación de la PBE en enfermeras comunitarias, incluyendo estudios de 9 países distintos y sus resultados muestran que las enfermeras tienen interés por la PBE y la consideran útil para mejorar la calidad de la atención sanitaria, sin embargo también muestran la existencia de numerosas barreras que limitan su aplicación en la práctica clínica principalmente la necesidad de tiempo y recursos, la falta de conocimientos y habilidades, así como de estímulo y soporte adecuado por parte de los servicios de salud²².

Según González (2005), la historia muestra que cuando se desean introducir cambios a una determinada forma de trabajo, siempre existirán problemas que dificultan su implementación, tanto resistencias institucionales como en las personas que se encuentran involucradas. No es diferente con este nuevo paradigma de la EBE, porque se trata de desmontar todo aquello que se tiene tan interiorizado sobre la profesión¹⁰. En un estudio realizado en Australia, identifica como las barreras más significativas para no usar la evidencia en orden de prioridad: el insuficiente tiempo de las enfermeras para implementar nuevas ideas en su trabajo, insuficiente tiempo para leer investigaciones, organizaciones que no entregan las estructuras necesarias para aplicar las evidencias, seguido por la dificultad que presentan las enfermeras para comprender las estadísticas, sensación de aislamiento, de las enfermeras de sus colegas para discutir los hallazgos y la falta de colaboración de los médicos, entre otras¹⁰. En el mismo año un estudio realizado en Irlanda del Norte por Parahoo (2000), encuentra las siguientes barreras como las más significativas: la enfermera no se siente con la suficiente autoridad y autonomía para cambiar cuidados derivados de la investigación, el análisis estadístico no es comprensible, tiempo insuficiente para implementar las nuevas ideas, los directivos no favorecen la puesta en práctica de los resultados de la investigación y la enfermera cree que los resultados no son generalizables¹⁰. En España, Martínez (2003) concluye que la enfermería en su país no está basada en las evidencias debido a la escasa investigación, siendo las principales barreras las de tipo organizacional por falta de orientación y conciencia de la importancia de la investigación, seguidas por un aislamiento dado por la escasa referencia y lectura de artículos en inglés, escasez de replicación, falta de financiamiento, dificultad en el acceso a fuentes y el aumento de la investigación



cuantitativa de poco interés en las organizaciones que se guían por paradigmas positivistas¹⁰.

En América Latina poco se sabe aún sobre la naturaleza de la EBE, sus etapas y sus implicaciones para la profesión de Enfermería, ya que durante la formación de pregrado se enseña a los estudiantes de enfermería aspectos relevantes sobre la investigación y su importancia en el campo de la salud y para la profesión²⁴. Actualmente, se cuenta con bases de datos en las que se dan a conocer artículos de investigaciones primarias y secundarias; pero se encuentran muy pocas investigaciones secundarias en América Latina, incluyendo a Perú, realizadas por enfermeras que laboran en áreas críticas, especialmente en los servicios de emergencia donde hay gran demanda de pacientes, pero, a qué se debe esto si lo más conveniente sería que las enfermeras que laboran en áreas críticas sean quienes estén más enfocadas en realizar investigaciones secundarias en busca de unificar criterios, de elaborar protocolos que guíen el actuar y cuidado de enfermería para ejercer su profesión a través de estudios de enfermería basados en evidencias científicas²⁴. Al buscar en las bases de datos investigaciones en Perú acerca de la EBE, las barreras y estrategias para su implementación, se encontraron escasos estudios de los cuales abordaron aspectos generales, como su definición, la actitud de las estudiantes y enfermeras frente a la EBE así como sus limitaciones, sin embargo, no se encontraron estudios sobre EBE respecto a temas en áreas críticas, cabe resaltar que se encontraron mayor número de estudios a nivel mundial, especialmente, en el idioma inglés realizados en países como China con un gran número de investigaciones de Enfermería basada en evidencia, otros países que destacan son Taiwán, Brasil, España, Colombia, entre otros²⁴.

Según Martínez (2005) la investigación relacionada con los cuidados, generalmente más compleja, no cuenta con la ayuda económica en su realización y Ochoa (2005) ubica también entre las principales barreras, la escasa aceptación con la que cuentan aún los estudios de corte cualitativo que están siendo realizados por la disciplina de enfermería, los que proponen "abordar el cuidado desde la complejidad de los problemas de la investigación en salud, dentro de la influencia de componentes culturales, comportamientos o creencias", además coincide en la necesidad de tiempo y experiencia en el manejo de la información, la limitación dada por el idioma inglés, y las barreras de tipo administrativo en las instituciones del área de la salud¹⁰. Gálvez (2003) opina que existen barreras institucionales y organizativas, pero que tienen mayor valor las entregadas por la cultura profesional y la tendencia al inmovilismo de las enfermeras, dado por diferentes razones, entre



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



las que nombra la falta de conocimiento, motivación insuficiente y negación a asumir responsabilidades¹⁰. Passalenti (2006) opina que la escasa motivación en el estudio, bajas posibilidades de desarrollo profesional y falta de reconocimiento hacen más visible la falta de actualización en la disciplina, deteriorando los conocimientos y la práctica clínica¹⁰.

En México, el proceso de atención en el que están inmersos los profesionales de enfermería requiere el uso de modelos de atención sistematizados y estandarizados que coadyuven en la implementación de estrategias y líneas de acción, mediante el uso de guías, lineamientos y protocolos. Derivado de la diversidad en los sistemas y planes de trabajo de enfermería, el Sector Salud establece en el proyecto SICALIDAD criterios y líneas metodológicas con estándares y protocolos específicos para el desarrollo del Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE), con la finalidad de homologar los cuidados de enfermería y unificar los criterios en la atención. Sin embargo, para hacer esas transformaciones de la práctica, es necesario el desarrollo e impulso de la investigación, desde el ámbito en el que se generan las preguntas y en donde existe la necesidad de tomar decisiones disciplinares de tipo independiente, y de igual manera, en los espacios en los que se definen las políticas públicas que inciden en los cambios de los procesos asistenciales, docentes o administrativos²⁰.

De esa misma manera, la generación de nuevos conocimientos impulsa a la disciplina de enfermería a asumir nuevos liderazgos en la gestión del cuidado, lo que significa planificar, organizar y controlar la provisión de cuidados continuados, oportunos, seguros e integrales, sustentados en el juicio profesional, y en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución, y para que estos juicios sean aceptables, deben de igual forma estar sustentados en la mejor evidencia disponible, resultado de la investigación²⁵.

Desde la posición de la Comisión Permanente de Enfermería, órgano colegiado asesor del gobierno federal, en lo que a enfermería se refiere, integrada por los representantes nacionales de las instituciones de salud, educativas y de representación profesional, el fortalecimiento de la investigación en enfermería ha sido uno de los ejes de trabajo impulsado y promovido desde su creación, especialmente porque considera la investigación un motor del desarrollo profesional y un elemento indispensable para fortalecer los procesos sustantivos en la provisión de cuidados²⁵.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



En la práctica actual de la enfermería, los profesionales reconocen la importancia de la investigación y el uso de la mejor evidencia científica como fundamento para el desarrollo de un cuerpo de conocimiento propio y el sustento en la toma de decisiones clínicas²⁰. En contexto, la EBE es el proceso por el cual el profesional de enfermería toma decisiones clínicas; su objetivo es facilitar la inclusión y el uso de las mejores pruebas disponibles, sustentadas en la investigación, la experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles. Por lo tanto, el uso y aplicación de la EBE en la construcción de las guías de práctica clínica y los planes de cuidados constituye un espacio de oportunidad para una práctica profesional que dé respuesta a las expectativas de los pacientes en la resolución de problemas de salud o de enfermedad, asimismo, es una forma profesional responsable de contribuir con las instituciones de salud al incorporar normas de calidad para la administración de cuidados de salud. Los protocolos y planes de cuidados, además de establecer los estándares de cuidados en una situación dada, deben estar pensados y redactados para cubrir normas de calidad clínica predeterminadas²⁰.

Si bien es cierto que la investigación en México se constituye en un reto importante para enfermería, también es cierto que, en los últimos años, se han ido estableciendo las bases para un desarrollo sustentable que dará paso a una nueva etapa en la práctica profesional, ello, en parte, gracias a la incorporación de la investigación como eje transversal de la formación de pregrado²⁵.

La práctica basada en la evidencia tiene un impacto importante en la calidad de la atención prestada a las personas ya que conduce a una mayor calidad y seguridad del cuidado, mejorando sus resultados y a una reducción de costes, al ayudar a entender mejor la realidad del paciente, de su familia o de los propios sistemas de salud y por otro lado a una mayor satisfacción del profesional de enfermería que los tradicionales enfoques para cuidar²⁶. Pero a pesar de toda la evidencia que respalda el uso de los resultados de la investigación, los avances, esfuerzos y nuevos instrumentos que se están desarrollando en esta área y la disponibilidad de la investigación de alta calidad en el campo de la enfermería, existe una brecha entre la investigación y las decisiones que se toman en la práctica diaria que se ha mantenido vigente hasta hoy, siendo la falta de autonomía de las enfermeras y los enfermeros una de las principales barreras para su implementación y quizás se debe a que tienen aún muy marcados viejos modelos en el que las enfermeras limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño, hay tal vez un problema en la formación de los



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



futuros profesionales de enfermería a los que no se les está proporcionando las suficientes competencias de investigación para que sean posteriormente aplicadas en el ámbito laboral, o más que eso, no se logra interiorizar en ellos la importancia del uso de la investigación como parte trascendental de sus actuaciones y más que nada, como un ámbito sustancial de la responsabilidad profesional²⁶.

La profesión de enfermería requiere de la coordinación e integración con otras profesiones, así como la necesidad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades, que en su conjunto permitan que la función de enfermería esté a la altura de su compromiso con la sociedad de la cual forma parte²⁰. En todo momento, el cuidado de enfermería requiere de la articulación de los conocimientos científicos, de la experiencia obtenida mediante el quehacer cotidiano y de una atención centrada en el paciente desde una perspectiva holística que promueva una atención segura²⁰, desde esta visión resulta importante concientizar respecto a las múltiples barreras que se presentan y que dificultan la implementación de la práctica basada en evidencia, resulta preciso reconocer que pese a los esfuerzos efectuados en esta área, la aplicación de las intervenciones de enfermería basadas en la mejor evidencia no ha sido una práctica común, y aunque sus causas no han sido del todo estudiadas se espera que los futuros profesionales de enfermería se involucren en la gestión del cuidado con base en la utilización de la evidencia científica disponible, es decir, respaldadas por el mejor conocimiento de investigación disponible a partir de revisiones sistemáticas, metaanálisis y meta-síntesis²⁷. Esto favorece la relación entre la teoría, investigación y práctica, al generar conocimiento que permita realizar cambios en la práctica²⁷.

La Gestión del Cuidado de enfermería, es decir el ejercicio profesional de las enfermeras sustentado en su disciplina: la ciencia del cuidar, relacionado en los diferentes niveles de atención de la salud; 1° Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; 2° Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, 3° De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, 4° Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario, además el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente, para alcanzar lo anteriormente mencionado se considera a la EBE como una de las mejores estrategias con las que dispone la profesión de enfermería.



Tomando como base los antecedentes de la EBE que se han mencionado anteriormente, así como las brechas y/o limitantes que han interferido en la implementación de la EBE en la práctica de enfermería en algunos países del mundo, nos parece pertinente cuestionarnos ¿Cuáles son las competencias del personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango respecto a la práctica basada en evidencia durante la gestión del cuidado?, ya que dadas las condiciones actuales de la aplicación de la EBE en el mundo, resulta viable conocer qué tan competente es el personal adscrito del HRAEZ en la aplicación de la EBE en la gestión del cuidado para de esta manera reflexionar respecto a la importancia de la utilización de la EBE en el proceso de atención del paciente.

6.1 Pregunta de investigación

General

¿Cuál es el nivel de competencia del personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango respecto a la práctica basada en evidencia en la gestión del cuidado?

Específicas

- ¿Cuál es el nivel de competencia del personal de enfermería en la práctica basada en evidencia por servicio (UCIA, áreas neonatales, gineco-pediatría, medicina interna, cirugía general y admisión continua)?
- ¿Cuál es el nivel de competencia del personal de enfermería en la práctica basada en evidencia por dimensión (actitud, conocimiento, habilidad y utilización)?
- ¿Cuál es la competencia promedio por servicio y dimensión?

VII. Objetivos

7.1 Objetivo General

Determinar el nivel de competencias del personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango respecto a la práctica basada en evidencia en la gestión del cuidado.

7.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de competencia del personal de enfermería en la práctica basada en evidencia por servicio (UCIA, áreas neonatales, gineco-pediatría, medicina interna, cirugía general y admisión continua)



- Distinguir el nivel de competencia del personal de enfermería en la práctica basada en evidencia por dimensión (actitud, conocimiento, habilidad y utilización).
- Determinar la competencia promedio por servicio y dimensión.

VIII. Hipótesis de trabajo

La expectativa del nivel de competencia del personal de enfermería en la práctica basada en evidencia durante la gestión del cuidado en el HRAEZ será considerada en un nivel alto, evidenciando mayor puntaje en las dimensiones de actitud, conocimiento y habilidad, respecto a la de utilización.

IX. Material y Métodos

9.1 Tipo de diseño de la investigación

El presente estudio de acuerdo al tipo de investigación es observacional ya que no habrá intervención por parte de los investigadores y este se limitará al registro de la variable sin intervenir en el curso natural de esta, según la planificación de la toma de datos es prospectivo ya que los investigadores realizarán las mediciones, según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio, será transversal ya que la variable será medida en una sola ocasión y de acuerdo al número de variables de interés, será de tipo descriptivo ya que el análisis estadístico será univariado, se realizará a partir de una sola muestra en un periodo de tiempo determinado y corto y solo se describirán los datos obtenidos.

El alcance de la investigación es descriptivo ya que se limitará a describir un fenómeno en una población específica y en un periodo de tiempo determinado y no se pretende establecer ningún tipo de relación causal.

9.2 Población y muestra

9.2.1 Población

La población de estudio es de tipo finita, siendo un total de 138 conformada por pasantes de servicio social de licenciatura en enfermería y por enfermeros(as) del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango, los cuales se encuentran adscritos en las áreas de hospitalización de neonatos, privados, cirugía general, medicina interna, gineco-pediatría, unidad de cuidados intensivos adultos y



admisión continua en los turnos Matutino y Vespertino correspondientes al periodo agosto 2021-agosto 2022.

9.2.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra estará conformado por 117 enfermeras/os adscritos y pasantes de servicio social, determinados a través de un muestreo probabilístico de carácter aleatorio simple. El número de participantes específico para el presente estudio es calculado mediante la fórmula matemática correspondiente al tipo de población finita.

$$n = \frac{N * Z^2 * \alpha * p * q}{e^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

- **N. Población total.** 138 enfermeras/o:
- **Z.** Nivel de confianza: 90%
- **e.** Error máximo aceptado: 3%
- **p.** Probabilidad de que ocurra el evento: 50%
- **q.** Probabilidad de que no ocurra el evento: 50%

| Parámetro | Valor | Tamaño de muestra "n" = 116.73= 117 Enfermeras/os y Pasantes |
|-----------|---------------|---|
| N | 138 | |
| Z | 1.645 | |
| P | 50.00% | |
| Q | 50.00% | |
| E | 3.00% | |

9.3 Operacionalización de variables

Variable de interés. Competencias del personal en Enfermería Basada en Evidencia.

Definición conceptual. Las competencias se definen como un conjunto de comportamientos que incluye conocimientos, habilidades y los atributos personales que, en conjunto, son fundamentales para el logro de un trabajo exitoso, son un conjunto de saberes combinados que no se transmiten porque el centro de la competencia es el sujeto-aprendiz que construye la competencia a partir de la



secuencia de las actividades de aprendizaje que movilizan múltiples conocimientos especializados.

Definición operacional. Dado que el objetivo general del estudio será determinar las competencias del personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango respecto a la práctica basada en evidencia en la gestión del cuidado, el instrumento de medición a utilizar en la presente investigación será el “Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) creado por Bernadette Mazurek Melnyk, el cual es traducido al idioma español por el Mtro. Cruz Flores Melgarejo en el hospital donde se realiza el presente estudio este instrumento especifica el nivel de competencias con base a 4 dimensiones de interés.

El instrumento está conformado por 35 ítems que corresponde a 4 dimensiones: conocimientos, actitud, habilidades y utilización de la EBE, ha sido aplicado en España y Ecuador, con una consistencia interna de alfa de Cronbach para cada dimensión de la escala fue de 0,888 para el factor I (actitud, hacia la PBE), 0,948 para el factor II (conocimiento de la PBE), 0.817 para el factor III (habilidades de la PBE) y 0,840 para el factor IV (utilización de la PBE)³⁸.

Variables sociodemográficas

- **Edad**

Definición conceptual. La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo.

Definición operacional. Dado que se trata de una variable cuantitativa continua, esta será medida de acuerdo con el número de años cumplidos, según la fecha de nacimiento de los participantes.

- **Sexo**

Definición conceptual. Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.

Definición operacional. Dado que se trata de una variable cualitativa nominal esta será determinada mediante una pregunta con respuesta de opción múltiple (masculino y femenino).



VARIABLES PROFESIONALES

Nivel educativo

Definición conceptual. Está determinado por una serie ordenada de programas educativos agrupados en relación con una gradación de las experiencias de aprendizaje, conocimiento, habilidades y competencias que imparte cada uno de este programa.

Definición operacional. Dado que se trata de una variable cualitativa ordinal esta será determinada mediante una pregunta con respuesta de opción múltiple (Pasantés de Servicio Social, Licenciatura, Diplomado, Especialidad, Maestría, Doctorado) avalados por la SEP y mediante la obtención de diplomadas, certificados, títulos o grados académicos.

Experiencia profesional

Definición conceptual. Es la adquirida a partir de la terminación y aprobación del pensum académico de la respectiva formación profesional, en el ejercicio de las actividades propias de la profesión o disciplina académica exigida para el desempeño del empleo.

Definición operacional. Dado que se trata de una variable cualitativa ordinal esta será determinada mediante una pregunta con respuesta de opción múltiple (<5 años, 5-10 años, 10-15 años, <15 años).

| Variable de interés | Tipo de variable | Definición conceptual | Dimensiones | Indicadores | Escala de Likert | Índice |
|---|-----------------------|---|-------------|--|--------------------|---|
| Competencias del personal en Enfermería Basada en Evidencia | Cuantitativa discreta | Las competencias se definen como un conjunto de comportamientos que incluye conocimientos, habilidades y los atributos personales que, en conjunto, son fundamentales para el logro de un trabajo exitoso, son un conjunto de saberes combinados que no se transmiten porque el centro de | Actitud | 1.Toma de decisiones en la práctica clínica. 2.Disposición de evidencias científicas. 3.Autonomía de la profesión enfermera. 4.Aplicación de la EBE. 5. EBE es una prioridad profesional. 6. La EBE mejora la atención a los pacientes. 7.Disposición para aplicar la EBE. 8. Formación en EBE. | De intervalo 1 a 5 | 1-Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo. 4-De acuerdo 5- Muy de acuerdo |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | | | | | | |
|--|--|---|---------------------|---|---------------------------|--|
| | | <p>la competencia es el sujeto-aprendiz que construye la competencia a partir de la secuencia de las actividades de aprendizaje que movilizan múltiples conocimientos especializados.</p> | <p>Conocimiento</p> | <p>9. Conocimiento de formato PICO. 10. Conocimiento principales web 11. Conocimiento de aspectos de la investigación cuantitativa. 12. Conocimiento de aspectos de la investigación cualitativa. 13. Conocimiento de nivel de evidencia de los diferentes diseños. 14. Conocimiento de grados de recomendación en la implantación de intervenciones. 15. Conocimiento del significado de las medidas de asociación y magnitud. 16. Capacidad para plantear una pregunta clínica. 17. Capacidad para realizar búsquedas bibliográficas. 18. Capacidad para evaluar la calidad metodológica de un artículo. 19. Capacidad para interpretar la magnitud y precisión de los resultados de una investigación.</p> | <p>De intervalo 1 a 5</p> | <p>1-Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo. 4-De acuerdo 5- Muy de acuerdo</p> |
| | | | <p>Habilidades</p> | <p>20. Capacidad para valorar la aplicabilidad de los resultados de un artículo científico. 21. Capacidad para analizar un problema clínico.</p> | <p>De intervalo 1 a 5</p> | <p>1-Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo. 4-De acuerdo 5- Muy de acuerdo</p> |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | | | | | | |
|--|--|--|-------------|--|--------------------|--|
| | | | | <p>22. Capacidad para comunicar a compañeros los resultados obtenidos en la práctica clínica.</p> <p>23. Capacidad de liderar cambios en la práctica clínica.</p> <p>27. Preferencias de pacientes y/o familiares en la práctica clínica.</p> <p>28. Experiencia profesional en la toma de decisiones.</p> | | |
| | | | Utilización | <p>24. Realización de intervenciones basadas en la evidencia científica.</p> <p>25. Las Intervenciones basadas en evidencia son propuestas desde la organización sanitaria.</p> <p>26. La mayoría de las intervenciones basadas en evidencia que se realizan en mi centro de trabajo son propuestas por las enfermeras de la unidad.</p> <p>29. Consulta de evidencias científicas para mi práctica clínica.</p> <p>30. Mi institución proporciona regularmente los resultados obtenidos por la unidad.</p> <p>31. Analizo con mis compañeras/os los resultados obtenidos tras la evaluación de los cuidados.</p> <p>32. Utilizo herramientas validadas para evaluar</p> | De intervalo 1 a 5 | <p>1-Muy en desacuerdo</p> <p>2- En desacuerdo</p> <p>3- Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo.</p> <p>4-De acuerdo</p> <p>5- Muy de acuerdo</p> |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | | <p>los resultados de mi práctica clínica.</p> <p>33. Mantengo actualizada mi práctica clínica en la información procedente de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y otras evidencias.</p> <p>34. En mi centro de trabajo se toman decisiones apoyadas en evidencias científicas y no tanto en la costumbre.</p> <p>35. En mi centro de trabajo colaboro para que la PBE sea parte de la cultura de organización.</p> | | |
|--|--|--|--|---|--|--|

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

| | | | | | | |
|------|-----------------------|--|-------|---|--------------|---|
| Edad | Cuantitativa continua | La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo. | ----- | <ul style="list-style-type: none"> • 22-25 años • 26-30 años • 31-35 años • 36-40 años • 41- 45 años | De intervalo | <ul style="list-style-type: none"> • 22-25 años • 26-30 años • 31-35 años • 36-40 años • 41- 45 años |
| Sexo | Cualitativa nominal | Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino. | ----- | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino |

VARIABLES PROFESIONALES

| | | | | | | |
|-----------------|---------------------|---|-------|--|---------|--|
| Nivel educativo | Cualitativa ordinal | Está determinado por una serie ordenada de programas educativos agrupados en relación con una gradación de las experiencias de aprendizaje, | ----- | <ul style="list-style-type: none"> • Pasantes de Servicio Social • Licenciatura • Especialidad • Maestría • Doctorado | Ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • Pasantes de Servicio Social • Licenciatura • Especialidad • Maestría • Doctorado |
|-----------------|---------------------|---|-------|--|---------|--|



| | | | | | | |
|-------------------------|---------------------|--|-------|--|--------------|--|
| | | conocimiento, habilidades y competencias que imparte cada uno de este programa. | | | | |
| Experiencia profesional | Cualitativa ordinal | Es la adquirida a partir de la terminación y aprobación del pensum académico de la respectiva formación profesional, en el ejercicio de las actividades propias de la profesión o disciplina académica exigida para el desempeño del empleo. | ----- | <ul style="list-style-type: none"> • 0 años • 1- 5 años • 6-10 años • 11-15 años • 16-20 años • 21-30 años | De intervalo | <ul style="list-style-type: none"> • 0 años • 1- 5 años • 6-10 años • 11-15 años • 16-20 años • 21-30 años |

9.4 Universo de trabajo y muestra

9.4.1 Criterios de inclusión

- Personal de Enfermería que haya firmado consentimiento informado
- Estar adscritos a la profesión de enfermería en el HRAEZ en el turno matutino y vespertino
- Sexo indistinto
- Rango de edad indefinido
- Antigüedad indefinida
- Nivel educativo de pasantes de servicio social de licenciatura a doctorado
- Personal que se encuentre en servicios de hospitalización (cirugía general, medicina interna, gineco-pediatría, admisión continua, unidad de cuidados intensivos adulto, terapias intensivas neonatales).

9.4.2 Criterios de exclusión

- Profesionales técnicos en enfermería
- Turno nocturno A, nocturno B, nocturno especial



9.4.3 Criterios de eliminación

- Personal que no responda completamente la encuesta
- Personal que durante el proceso de la investigación ya no pertenezca al HRAEZ
- Personal que decida suspender su participación en la investigación

9.5 Instrumento de recolección de datos

El instrumento para la recolección de datos se aplicó mediante Google Forms para garantizar un mayor alcance y accesibilidad, consta de 3 secciones; la primera sección corresponde a la identificación de dicha investigación (título de la investigación, autores, objetivo) y consentimiento informado, la segunda sección corresponde a los datos sociodemográficos como edad, sexo, nivel educativo, años de experiencia laboral ya que son necesarios para el desarrollo de dicha investigación y la tercera sección corresponde a las instrucciones, instrumento de recolección de datos y agradecimientos por la participación en la presente investigación.

Para llevar a cabo la tabulación de los datos que se obtendrán como resultado de la aplicación del instrumento de medición al personal de enfermería adscrito en el HRAEZ, así como a pasantes de servicio social se utilizará el programa Excel 2016. Ink y SPSS V. 26.

El instrumento Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) (Cuestionario para evaluar competencias en las prácticas basadas en las evidencias de las enfermeras (EBP - COQ Prof)) es seleccionado a partir de otras investigaciones relacionadas al tema, la versión inicial de EBP - COQ © Prof contenía 50 ítems agrupados en cuatro dimensiones (actitudes, conocimientos, habilidades y uso). Después de dos rondas de validación por personas expertas, se obtuvo una versión reducida de 35 ítems con un índice de validez de contenido de 0, 86. EBP-COQ Prof © es un cuestionario creado en Estados Unidos por Bernadette Mazurek Melnyk con una consistencia



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



interna (α de Cronbach) para cada dimensión de la escala fue de 0,888 para el factor I (actitud hacia la PBE), 0,948 para el factor II (conocimiento de la PBE), 0,817 para el factor III (habilidades de la PBE) y 0,840 para el factor IV (utilización de la PBE) siendo válido, confiable y de fácil administración que mide la competencia auto percibida de las enfermeras en relación con la PBE basado en un marco de competencias actualizado y específico. Permite la evaluación independiente de actitudes, conocimientos y habilidades relacionadas con la PBE y de su utilización en entornos hospitalarios y de atención primaria, permitiendo el seguimiento del cumplimiento de la PBE³⁸.

El instrumento consta de 35 ítems que corresponden a 4 dimensiones (Actitud, Conocimiento, Habilidad y Utilidad), el cual es traducido del inglés en su versión original al idioma español por el Mtro. Cruz Flores Melgarejo para su aplicación.

Actitud cuyos ítems corresponden a:

1. La PBE ayuda en la toma de decisiones en la práctica clínica.
2. Me agrada disponer de evidencias científicas que sustenten los cuidados
3. La PBE aumenta la autonomía de la profesión enfermera.
4. Me agrada o agradecería que en mi centro de trabajo se esté aplicando la PBE.
5. Ahora mismo la PBE es una de mis prioridades profesionales.
6. Con la aplicación de la PBE mejora la atención a los pacientes.
7. Estoy dispuesta/o a realizar un mayor esfuerzo por aplicar la PBE en mi práctica clínica.
8. Creo que debería formarme más en PBE.

Conocimiento cuyos ítems corresponden a:

9. Conozco cómo formular preguntas clínicas estructuradas según el formato PICO. (paciente, intervención, comparación y resultados)
10. Conozco las principales webs con información ya evaluada críticamente (Cochrane, NICE, guía salud.)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



11. Conozco los aspectos que determinan la calidad de la investigación cuantitativa.
12. Conozco los aspectos que determinan la calidad de la investigación cualitativa.
13. Conozco el nivel de evidencia de los diferentes diseños de estudios de investigación.
14. Conozco los grados de recomendación que avalan la implementación de intervenciones en salud.
15. Conozco el significado de las principales medidas de asociación y magnitud del efecto. (t-student, ji-cuadrado, RR, OR, NNT, etc.)
16. Me siento capaz de plantear una pregunta clínica para iniciar la búsqueda bibliográfica de evidencias científicas.
17. Me siento capaz de realizar búsquedas bibliográficas de manera estructurada en las principales bases de datos.
18. Me siento capaz de evaluar la calidad metodológica de un artículo científico.
19. Me siento capaz de interpretar la magnitud y precisión de los resultados de un artículo científico.

Habilidades cuyos ítems corresponden a:

20. Me siento capaz de valorar la aplicabilidad de los resultados de un artículo científico en mi centro de trabajo.
21. Me siento capaz de analizar un problema clínico a partir de la valoración del paciente y/o de la evaluación de sus resultados en salud.
22. Me siento capaz de comunicar a mis compañeros los resultados que obtengo con mi práctica clínica.
23. Me siento capaz de colaborar en (o liderar) cambios de la práctica clínica en mi centro de trabajo.
27. Tengo en cuenta las preferencias de pacientes y/o familiares en mi práctica clínica.



28. En la toma de decisiones clínicas tengo en cuenta mi experiencia profesional.

Utilización cuyos ítems corresponden a:

24. En mi centro de trabajo se realizan intervenciones basadas en evidencia científica.

25. La mayoría de las intervenciones basadas en evidencia que se realizan en mi centro de trabajo son propuestas desde mi organización sanitaria.

26. La mayoría de las intervenciones basadas en evidencia que se realizan en mi centro de trabajo son propuestas por las enfermeras de la unidad.

29. Para mi práctica clínica consulto evidencias científicas. (guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, estudios originales, etc.)

30. Mi institución proporciona regularmente a las enfermeras los resultados obtenidos por la unidad.

31. Analizo con mis compañeras/os los resultados obtenidos tras la evaluación de los cuidados.

32. Utilizo herramientas validadas (cuestionarios, test, índices, etc.) para evaluar los resultados de mi práctica clínica.

33. Mantengo actualizada mi práctica clínica en la información procedente de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y otras evidencias.

34. En mi centro de trabajo se toman decisiones apoyadas en evidencias científicas y no tanto en la costumbre.

35. En mi centro de trabajo colaboro para que la PBE sea parte de la cultura de mi organización.

La alternativa o puntuación que corresponde a cada uno de los ítems será de la siguiente manera:

1. Muy en desacuerdo



2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

La puntuación que corresponde a cada una de las dimensiones es de la siguiente manera:

- Actitud 8-40 puntos
- Conocimiento 11-55 puntos
- Habilidad 6-30 puntos
- Utilización 10-50 puntos

La puntuación del nivel de competencia contemplando las cuatro dimensiones son

| | |
|----------|------------------|
| Muy alto | 175 a 147 puntos |
| Alto | 146 a 118 puntos |
| Medio | 117 a 90 puntos |
| Bajo | 89 a 61 puntos |
| Muy bajo | 60 a 34 puntos |

9.6 Límite de tiempo y espacio

El presente informe de investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango con el personal de enfermería que se encuentra adscrito en diferentes áreas asistenciales y pasantes del servicio social de enfermería. Se realizó en un periodo de tiempo de 1 año a partir de agosto 2021- agosto 2022.

9.7 Diseño de análisis estadístico

La técnica que se utilizó para el procesamiento de datos fue la estadística descriptiva, la variable de competencias del personal de enfermería respecto a la EBE contemplando el servicio y las dimensiones, es descrita a través de tablas de



frecuencia y porcentaje, así como la obtención de medidas de tendencia central (mínima, máxima, mediana moda y media).

Se realizaron tablas de frecuencia absoluta de cada ítem distribuido por dimensión, así como las medidas de tendencia central (mínima, máxima, mediana, moda y media) correspondientes.

X. Aspectos éticos

Los aspectos éticos por considerar están basados de acuerdo con el Reglamento de Investigación en Salud de la Ley General de Salud, al Código de Nuremberg y a los principios bioéticos, con lo cual se fundamenta que la presente investigación es sin riesgo y garantiza la seguridad y bienestar de los participantes.

Reglamento de Investigación en Salud de la Ley General de Salud

Establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud²⁸.

TITULO SEGUNDO. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

CAPITULO I. Disposiciones comunes

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar²⁸.

Artículo 14. La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases²⁸:

- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen
- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.



- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice²⁸.

Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio²⁸.

De acuerdo con los tipos de investigación, la presente investigación será sin riesgo la cual consiste en:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta²⁸.

ARTICULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste²⁸.

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna²⁸.



ARTICULO 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos²⁸:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Las molestias o los riesgos esperados
- Los beneficios que puedan observarse
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.
- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- Si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTICULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos²⁸:

- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud.
- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación
- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal.
- Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado²⁸.

Para la presente investigación se solicitará el consentimiento informado de manera digital a cada estudiante con su firma correspondiente previo a la realización del estudio.

Código de Nuremberg. Este código marcó una de las primeras medidas de protección de las personas humanas en pro del ejercicio de la autonomía, en este se señala²⁹:

- El consentimiento voluntario es esencial y que, en ausencia de la posibilidad de ejercerla, si fuere necesario, deberá existir un representante legal²⁹.
- Obliga al investigador a proporcionar una información comprensible relacionada con la naturaleza, la duración, el propósito, el método utilizado, las molestias, los inconvenientes, los daños y los efectos en la salud de las personas que participen en un protocolo de investigación²⁹.
- La persona involucrada debe estar plenamente consciente de su libertad de decidir si toma participación o no en el experimento²⁹.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



- El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria²⁹.
- El investigador debe ordenar la interrupción al momento de identificar alguna razón para creer que esta puede traer alguna consecuencia²⁹.
- El investigador debe asumir que en cualquier momento puede terminar su estudio²⁹.

Principios bioéticos. Los principios bioéticos que rigen la investigación deben aplicarse también a la elaboración de la pregunta de investigación, para que ésta cumpla, además de las condiciones técnicas, las premisas de respeto a dichos principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, no sería justificable plantear un trabajo que no aportara un beneficio a las personas, ni un avance relevante en el conocimiento³⁰.

Para la presente investigación se consideran los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia salvaguardando la salud física y mental de los participantes.

Autonomía. Establece la necesidad de respetar la capacidad de las personas para tomar decisiones. Es la regulación personal, libre de interferencias externas y limitaciones personales que impiden hacer una elección³¹. Las personas podrán decidir entre las opciones que a su juicio son las mejores entre las diferentes posibilidades de las que se les haya informado, conforme a sus valores, creencias y planes de vida. Este principio sustenta la necesidad de contar con un consentimiento informado y del derecho a negarse a una intervención o participación en una relación clínica o de investigación²⁹.

Justicia. Es el conjunto de normas que garantizan la distribución justa de beneficios, riesgos y costes. La justicia distributiva busca solidaridad social, mediante la distribución igual, equitativa y apropiada no solo de bienes materiales, sino de derechos y responsabilidades en la sociedad, para evitar discriminaciones e injusticias y promover la aplicación de lo correcto y debido³¹. El principio alude a que todos los casos similares se traten de forma equivalente²⁹.



Beneficencia. Considera la necesidad de valorar las ventajas y desventajas, los riesgos y beneficios de los tratamientos propuestos, o de los procedimientos de investigación, con el objeto de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos. Es el principio obligado en toda investigación, el prever el mayor beneficio de los participantes individuales y/o colectivos, esto se logra mediante un protocolo bien planteado, diseñado por investigadores con conocimiento en el método científico, la estadística y por supuesto en el campo de la investigación a realizar, en donde se reconozcan los riesgos y se minimicen al máximo y que se cuente con todo lo necesario para llevar a buen término el proceso con el mayor beneficio. Protege a los individuos participantes²⁹.

No maleficencia. Protege a los individuos participantes en una práctica o investigación clínica, en lo referente a no hacer daño, a no someterlos a riesgos innecesarios. Obliga a evitar el daño físico o emocional y el perjuicio en la aplicación de procedimientos o de intervenciones²⁹.

XI. Recursos

11.1 Recursos humanos

- Pasantes de Servicio Social de la licenciatura en enfermería.
- Personal de enfermería adscrito a Gineco-Pediatría, Admisión continua, Privados, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA), Cirugía General, Medicina Interna y Neonatos del turno matutino y vespertino quienes son el universo de estudio.
- Autores de la investigación quienes desarrollan el proyecto de investigación
- Asesores de la investigación.

11.2 Recursos físicos

- Instalaciones del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango para llevar a cabo el proyecto de investigación y/o actividades correspondientes.

11.3 Recursos materiales

- Instrumento de medición



- Dispositivos digitales con acceso a internet (celular, tabletas o computadoras).
- Aplicación Google Forms para acceder al formulario con el instrumento de medición.

11.4 Recursos financieros

- Capital humano (dinero en efectivo)
 - Monto total \$200 financiado por los investigadores

XII. Resultados

12.1 Resultados de variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas consideradas para esta investigación fueron el sexo, edad, nivel educativo, experiencia profesional y turno, descritas en la tabla 1 Variables sociodemográficas.

Tabla 1: Variables sociodemográficas

| | Variable | Cantidad | Porcentaje |
|-------------------------|----------------------------|----------|------------|
| Sexo | Femenino | 90 | 76.92% |
| | Masculino | 27 | 23.07% |
| Edad | 22-25 | 39 | 33.33% |
| | 26-30 | 33 | 28.20% |
| | 31-35 | 33 | 28.20% |
| | 36-40 | 11 | 9.40% |
| | 41-45 | 1 | 0.85% |
| Nivel Educativo | Pasante de Servicio Social | 39 | 33.33% |
| | Licenciatura | 34 | 29.05% |
| | Especialidad | 39 | 33.33% |
| | Maestría | 5 | 4.27% |
| Experiencia profesional | 0 | 25 | 21.36% |
| | 1-5 | 36 | 30.76% |
| | 6-10 | 38 | 32.47% |
| | 11-15 | 18 | 15.38% |
| Turno | Matutino | 65 | 55.55% |
| | Vespertino | 52 | 44.44% |

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en agosto 2021 a agosto de 2022.



12.2 Resultados de frecuencia absoluta por ítem

De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de recolección de datos se observa que en la dimensión actitud (tabla 1.1 Dimensión actitud) el personal refiere puntuaciones correspondientes a la escala de Likert 4 y 5, por lo que ellos demuestran la importancia de la práctica basada en evidencia en su actuar profesional; en la dimensión conocimiento (tabla 1.2 dimensión conocimiento) el personal refiere puntuaciones correspondientes a la escala de Likert 3, 4 y 5, demostrando que realizan búsquedas bibliográficas en sitios web confiables y con validez para orientar la toma de decisiones durante el cuidado enfermero; en la dimensión habilidad (tabla 1.3 dimensión habilidad) el personal refiere puntuaciones correspondientes a la escala de Likert 3, 4 y 5, por lo que la mayoría demuestra que comparten los resultados con los profesionales de enfermería de las intervenciones que realizan tomando en cuenta su experiencia profesional y las preferencias del paciente y/o familiares; y en la dimensión utilización (tabla 1.4 dimensión utilización) el personal refiere puntuaciones correspondientes a la escala de Likert 1, 2, 3, 4 y 5, por lo que la mayoría demuestra que implementan la práctica basada en evidencia en el cuidado enfermero.

Tabla 1.1 Dimensión Actitud

| PUNTUACIÓN | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 |
|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 0 | 0 | 3 | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 38 | 34 | 47 | 47 | 77 | 50 | 47 | 43 |
| 5 | 79 | 83 | 67 | 68 | 31 | 67 | 70 | 74 |
| TOTAL | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 |

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.



Tabla 1.2 Dimensión Conocimiento

| PUNTUACIÓN | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 | P14 | P15 | P16 | P17 | P18 | P19 |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 46 | 41 | 13 | 13 | 14 | 14 | 22 | 0 | 0 | 42 | 38 |
| 4 | 57 | 66 | 71 | 74 | 73 | 65 | 60 | 47 | 48 | 65 | 68 |
| 5 | 10 | 10 | 33 | 30 | 30 | 38 | 35 | 70 | 69 | 10 | 11 |
| TOTAL | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 |

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

Tabla 1.3 Dimensión Habilidad

| PUNTUACIÓN | P20 | P21 | P22 | P23 | P27 | P28 |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 35 | 6 | 7 | 0 | 33 | 0 |
| 4 | 71 | 48 | 43 | 51 | 69 | 72 |
| 5 | 11 | 63 | 67 | 66 | 15 | 45 |
| TOTAL | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 |

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

Tabla 1.4 Dimensión Utilización

| PUNTUACIÓN | P24 | P25 | P26 | P29 | P30 | P31 | P32 | P33 | P34 | P35 |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1 | 0 | 0 | 4 | 1 | 6 | 5 | 8 | 3 | 4 | 6 |
| 2 | 0 | 0 | 4 | 1 | 3 | 9 | 16 | 2 | 2 | 13 |
| 3 | 0 | 50 | 55 | 13 | 49 | 38 | 41 | 19 | 23 | 39 |
| 4 | 69 | 55 | 42 | 68 | 46 | 57 | 43 | 77 | 72 | 49 |
| 5 | 48 | 12 | 12 | 34 | 13 | 8 | 9 | 16 | 16 | 10 |
| TOTAL | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 | 117 |

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.



12.3 Resultados de Variable de interés. Competencias del personal en Enfermería Basada en Evidencia por servicio.

En el servicio de UCIA (tabla 2.0 EBE UCIA) contemplando a 10 participantes y de acuerdo con la puntuación máxima del instrumento que corresponde a 175 puntos es decir el 100%, se determinan las medidas de tendencia central obteniendo: mínima de 127 puntos (72.57%), máxima de 166 puntos (94.86%), mediana de 143.5 puntos (82%), moda de 150 puntos (85.71%) y **media de 142.9 puntos (81.66%)** es decir dentro del nivel alto de competencia. En el servicio de áreas neonatales (tabla 2.1 EBE Neonatos) considerando a 21 participantes se obtiene como: mínima de 122 puntos (69.71%), máxima de 174 puntos (99.43%), mediana de 144 puntos (82.29%), moda de 141 puntos (80.57%) y **media de 144.47 puntos (82.56%)** obteniendo un nivel de competencia alto.

En el servicio de gineco-pediatría (tabla 2.2 EBE Gineco-Pediatría) teniendo en cuenta a 15 participantes se obtiene como: mínima de 132 puntos (75.43%), máxima de 154 puntos (88%), mediana de 142 puntos (81.14%), moda de 142 puntos (81.14%) y **media de 141.93 puntos (81.10%)** siendo un nivel alto de competencia.

En el servicio de medicina interna (tabla 2.3 EBE Medicina Interna) con 26 participantes se obtiene como: mínima de 121 puntos (69.14%), máxima de 170 puntos (97.14%), mediana de 147 puntos (83.71%), moda de 148 puntos (82.29%) y **media de 146.86 puntos (83.38%)** correspondiente a un nivel alto de competencia. En el servicio de cirugía general (tabla 2.4 EBE Cirugía General) con 23 participantes se obtiene como: mínima de 126 puntos (72%), máxima de 174 puntos (99.43%), mediana de 139 puntos (79.43%), moda de 138 puntos (78.86%) y **media de 142.52 puntos (81.44%)** correspondiente a un nivel alto de competencia. En el servicio de admisión continua (tabla 2.5 EBE Admisión) con 22 participantes se obtiene como: mínima de 117 puntos (66.86%), máxima de 175 puntos (100%), mediana de 139.5 puntos (79.43%), moda de 138 puntos (78.86%) y **media de 142.52 puntos (81.44%)** correspondiente a un nivel alto de competencia.



Tabla 2.0 EBE UCIA

| SERVICIO | PUNTUACIÓN | PORCENTAJE | ANÁLISIS DE RESULTADOS |
|----------|------------|------------|--|
| UCIA | 144 | 82.29 | De acuerdo con la puntuación máxima del instrumento que corresponde a 175 puntos es decir el 100%, se determinan las medidas de tendencia central obteniendo los siguientes resultados: Se obtiene <ul style="list-style-type: none"> • Una mínima de 127 puntos (72.57%), • Una máxima de 166 puntos (94.86%) • Una mediana de 143.5 puntos (82%), • Una moda de 150 puntos (85.71%) y • Una media de 142.9 puntos (81.66%). |
| UCIA | 150 | 85.71 | |
| UCIA | 166 | 94.86 | |
| UCIA | 127 | 72.57 | |
| UCIA | 150 | 85.71 | |
| UCIA | 143 | 81.71 | |
| UCIA | 133 | 76.00 | |
| UCIA | 146 | 83.43 | |
| UCIA | 129 | 73.71 | |
| UCIA | 141 | 80.57 | |

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

Tabla 2.1 EBE Neonatos

| SERVICIO | PUNTUACIÓN | PORCENTAJE | ANÁLISIS DE RESULTADOS |
|----------|------------|------------|--|
| Neonatos | 140 | 80.00 | De acuerdo con la puntuación máxima del instrumento que corresponde a 175 puntos es decir el 100%, se determinan las medidas de tendencia central obteniendo los siguientes resultados: Se obtiene: <ul style="list-style-type: none"> • Una mínima de 122 puntos (69.71%), • Una máxima de 174 puntos (99.43%) • Una mediana de 144 puntos (82.29%) • Una moda de 141 puntos (80.57%) • Una media de 144.47 puntos (82.56%). |
| Neonatos | 150 | 85.71 | |
| Neonatos | 150 | 85.71 | |
| Neonatos | 135 | 77.14 | |
| Neonatos | 139 | 79.43 | |
| Neonatos | 141 | 80.57 | |
| Neonatos | 147 | 84.00 | |
| Neonatos | 147 | 84.00 | |
| Neonatos | 144 | 82.29 | |
| Neonatos | 146 | 83.43 | |
| Neonatos | 174 | 99.43 | |
| Neonatos | 151 | 86.29 | |
| Neonatos | 140 | 80.00 | |
| Neonatos | 135 | 77.14 | |
| Neonatos | 131 | 74.86 | |
| Neonatos | 155 | 88.57 | |
| Neonatos | 153 | 87.43 | |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | | |
|----------|-----|-------|
| Neonatos | 152 | 86.86 |
| Neonatos | 141 | 80.57 |
| Neonatos | 141 | 80.57 |
| Neonatos | 122 | 69.71 |

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

Tabla 2.2 EBE Gineco Pediatría

| SERVICIO | PUNTUACIÓN | PORCENTAJE | ANALISIS DE RESULTADOS |
|------------------|------------|------------|---|
| Gineco-Pediatría | 132 | 75.43 | <p>De acuerdo con la puntuación máxima del instrumento que corresponde a 175 puntos es decir el 100%, se determinan las medidas de tendencia central obteniendo los siguientes resultados:</p> <p>Se obtiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mínima de 132 puntos (75.43%) • Una máxima de 154 puntos (88%) • Una mediana de 142 puntos (81.14%) • Una moda de 142 puntos (81.14%) • Una media de 141.93 puntos (81.10%). |
| Gineco-Pediatría | 141 | 80.57 | |
| Gineco-Pediatría | 142 | 81.14 | |
| Gineco-Pediatría | 138 | 78.86 | |
| Gineco-Pediatría | 149 | 85.14 | |
| Gineco-Pediatría | 133 | 76.00 | |
| Gineco-Pediatría | 142 | 81.14 | |
| Gineco-Pediatría | 150 | 85.71 | |
| Gineco-Pediatría | 133 | 76.00 | |
| Gineco-Pediatría | 145 | 82.86 | |
| Gineco-Pediatría | 132 | 75.43 | |
| Gineco-Pediatría | 151 | 86.29 | |
| Gineco-Pediatría | 154 | 88.00 | |
| Gineco-Pediatría | 145 | 82.86 | |
| Gineco-Pediatría | 142 | 81.14 | |

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

Tabla 2.3 EBE Medicina Interna

| SERVICIO | PUNTUACION | PORCENTAJE | ANALISIS DE RESULTADOS |
|------------------|------------|------------|--|
| Medicina Interna | 144 | 82.29 | <p>De acuerdo con la puntuación máxima del instrumento que corresponde a 175 puntos es decir el 100%, se determinan las medidas de tendencia central obteniendo los siguientes resultados:</p> <p>Se obtiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mínima de 121 puntos (69.14%) • Una máxima de 170 puntos (97.14%) • Una mediana de 147 puntos (83.71%) |
| Medicina Interna | 155 | 88.57 | |
| Medicina Interna | 147 | 84.00 | |
| Medicina Interna | 148 | 84.57 | |
| Medicina Interna | 151 | 86.29 | |
| Medicina Interna | 152 | 86.86 | |
| Medicina Interna | 152 | 86.86 | |
| Medicina Interna | 141 | 80.57 | |
| Medicina Interna | 143 | 81.71 | |
| Medicina Interna | 148 | 84.57 | |
| Medicina Interna | 145 | 82.86 | |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | | |
|------------------|-----|-------|
| Medicina Interna | 170 | 97.14 |
| Medicina Interna | 127 | 72.57 |
| Medicina Interna | 143 | 81.71 |
| Medicina Interna | 137 | 78.29 |
| Medicina Interna | 140 | 80.00 |
| Medicina Interna | 146 | 83.43 |
| Medicina Interna | 149 | 85.14 |
| Medicina Interna | 131 | 74.86 |
| Medicina Interna | 158 | 90.29 |
| Medicina Interna | 121 | 69.14 |
| Medicina Interna | 144 | 82.29 |
| Medicina Interna | 157 | 89.71 |
| Medicina Interna | 154 | 88.00 |
| Medicina Interna | 140 | 80.00 |
| Medicina Interna | 151 | 86.29 |

- Una moda de 148 puntos (82.29%)
- Una **media de 146.86 puntos (83.38%)**.

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

Tabla 2.4 EBE Cirugía General

| SERVICIO | PUNTUACION | PORCENTAJE | ANALISIS DE RESULTADOS |
|-----------------|------------|------------|---|
| Cirugía General | 130 | 74.29 | <p>De acuerdo con la puntuación máxima del instrumento que corresponde a 175 puntos es decir el 100%, se determinan las medidas de tendencia central obteniendo los siguientes resultados:</p> <p>Se obtiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> Una mínima de 126 puntos (72%) Una máxima de 174 puntos (99.43%) Una mediana de 139 puntos (79.43%) Una moda de 138 puntos (78.86%) Una media de 142.52 puntos (81.44%). |
| Cirugía General | 138 | 78.86 | |
| Cirugía General | 138 | 78.86 | |
| Cirugía General | 126 | 72.00 | |
| Cirugía General | 135 | 77.14 | |
| Cirugía General | 148 | 84.57 | |
| Cirugía General | 142 | 81.14 | |
| Cirugía General | 134 | 76.57 | |
| Cirugía General | 130 | 74.29 | |
| Cirugía General | 141 | 80.57 | |
| Cirugía General | 139 | 79.43 | |
| Cirugía General | 148 | 84.57 | |
| Cirugía General | 138 | 78.86 | |
| Cirugía General | 148 | 84.57 | |
| Cirugía General | 152 | 86.86 | |
| Cirugía General | 154 | 88.00 | |
| Cirugía General | 154 | 88.00 | |
| Cirugía General | 137 | 78.29 | |
| Cirugía General | 156 | 89.14 | |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | | |
|-----------------|-----|-------|
| Cirugía General | 144 | 82.29 |
| Cirugía General | 174 | 99.43 |
| Cirugía General | 138 | 78.86 |
| Cirugía General | 134 | 76.57 |

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

Tabla 2.5 EBE Admisión

| SERVICIO | PUNTUACION | PORCENTAJE | ANALISIS DE RESULTADOS |
|----------|------------|------------|--|
| Admisión | 140 | 80.00 | <p>De acuerdo con la puntuación máxima del instrumento que corresponde a 175 puntos es decir el 100%, se determinan las medidas de tendencia central obteniendo los siguientes resultados:</p> <p>Se obtiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mínima de 117 puntos (66.86%) • Una máxima de 175 puntos (100%) • Una mediana de 139.5 puntos (79.43%) • Una moda de 138 puntos (78.86%) • Una media de 142.52 puntos (81.44%). |
| Admisión | 156 | 89.14 | |
| Admisión | 156 | 89.14 | |
| Admisión | 153 | 87.43 | |
| Admisión | 156 | 89.14 | |
| Admisión | 136 | 77.71 | |
| Admisión | 132 | 75.43 | |
| Admisión | 159 | 90.86 | |
| Admisión | 130 | 74.29 | |
| Admisión | 134 | 76.57 | |
| Admisión | 154 | 88.00 | |
| Admisión | 158 | 90.29 | |
| Admisión | 156 | 89.14 | |
| Admisión | 135 | 77.14 | |
| Admisión | 117 | 66.86 | |
| Admisión | 128 | 73.14 | |
| Admisión | 139 | 79.43 | |
| Admisión | 148 | 84.57 | |
| Admisión | 175 | 100.00 | |
| Admisión | 130 | 74.29 | |
| Admisión | 133 | 76.00 | |
| Admisión | 137 | 78.29 | |

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

12.4 Resultados de Variable de interés. Competencias del personal en Enfermería Basada en Evidencia por dimensión de acuerdo a su puntuación.

De acuerdo con la puntuación máxima de la dimensión de actitud del instrumento, esta corresponde de 8 a 40 puntos, se determinan las medidas de tendencia central



(Tabla 3.0), obteniendo los siguientes resultados como: mínima de 31 puntos (60%), máxima de 40 puntos (100%), mediana de 37 puntos (92.50%), moda de 37 puntos (92.50%) y **media de 36.48 puntos (90.96%)**. En la dimensión de conocimiento (11 a 55 puntos) (tabla 3.1) se obtiene como: mínima de 35 puntos (63.64%), máxima de 55 puntos (100%), mediana de 45 puntos (81.82%), moda de 42 puntos (76.36%), **media de 44.81 puntos (81.48%)**. En la dimensión de habilidad (6 a 30 puntos) (Tabla 3.2) se obtienen los siguientes resultados como: mínima de 20 puntos (66.67%), máxima de 30 puntos (100%), mediana de 26 puntos (86.67%), moda de 27 puntos (90%), **media de 25.58 puntos (85.30%)**. En la dimensión de utilización del instrumento, (10 a 50 puntos) (tabla 3.3), obteniendo los siguientes resultados como: mínima de 17 puntos (34%), máxima de 50 puntos (100%), mediana de 37 puntos (74%), moda de 40 puntos (80%) y **media de 36.92 puntos (73.85%)**.

Tabla 3.0 EBE Dimensión Actitud

| DIMENSIÓN 1 ACTITUD | | | |
|----------------------------|-------------|---------------|---|
| Xi | (ni) | % | ANÁLISIS DE RESULTADO |
| 31 | 2 | 1.71 | De acuerdo con la puntuación máxima de la dimensión de actitud del instrumento, esta corresponde de 8 a 40 puntos, se determinan las medidas de tendencia central, obteniendo los siguientes resultados: <ul style="list-style-type: none"> • Una mínima de 31 puntos (60%) • Una máxima de 40 puntos (100%) • Una mediana de 37 puntos (92.50%) • Una moda de 37 puntos (92.50%) • Una media de 36.48 puntos (90.96%). |
| 32 | 5 | 4.27 | |
| 33 | 14 | 11.97 | |
| 34 | 4 | 3.42 | |
| 35 | 14 | 11.97 | |
| 36 | 15 | 12.82 | |
| 37 | 19 | 16.24 | |
| 38 | 13 | 11.11 | |
| 39 | 18 | 15.38 | |
| 40 | 13 | 11.11 | |
| TOTAL | 117 | 100.00 | |

Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.



Tabla 3.1 EBE Dimensión Conocimiento

| DIMENSIÓN 2 CONOCIMIENTO | | | |
|---------------------------------|---------------|--------------|---|
| Xi | (ni) | % | ANÁLISIS DE RESULTADOS |
| 35 | 1.00 | 0.854700855 | <p>De acuerdo con la puntuación máxima de la dimensión de conocimiento del instrumento, esta corresponde de 11 a 55 puntos, se determinan las medidas de tendencia central, obteniendo los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mínima de 35 puntos (63.64%) • Una máxima de 55 puntos (100%) • Una mediana de 45 puntos (81.82%) • Una moda de 42 puntos (76.36%) • Una media de 44.81 puntos (81.48%). |
| 36 | 2.00 | 1.709401709 | |
| 37 | 2.00 | 1.709401709 | |
| 38 | 2.00 | 1.709401709 | |
| 39 | 8.00 | 6.837606838 | |
| 40 | 6.00 | 5.128205128 | |
| 41 | 4.00 | 3.418803419 | |
| 42 | 13.00 | 11.111111111 | |
| 43 | 7.00 | 5.982905983 | |
| 44 | 9.00 | 7.692307692 | |
| 45 | 11.00 | 9.401709402 | |
| 46 | 11.00 | 9.401709402 | |
| 47 | 9.00 | 7.692307692 | |
| 48 | 9.00 | 7.692307692 | |
| 49 | 8.00 | 6.837606838 | |
| 50 | 5.00 | 4.273504274 | |
| 51 | 2.00 | 1.709401709 | |
| 52 | 3.00 | 2.564102564 | |
| 53 | 2.00 | 1.709401709 | |
| 54 | - | 0 | |
| 55 | 3.00 | 2.564102564 | |
| TOTAL | 117.00 | 100 | |

Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022

Tabla 3.2 EBE Dimensión Habilidad

| DIMENSIÓN 3 HABILIDAD | | | |
|------------------------------|-------------|----------|--|
| Xi | (ni) | % | ANÁLISIS DE RESULTADOS |
| 20.00 | 1 | 0.85 | <p>De acuerdo con la puntuación máxima de la dimensión de habilidad del instrumento, esta corresponde de 6 a 30 puntos, se determinan las medidas de tendencia central, obteniendo los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mínima de 20 puntos (66.67%) • Una máxima de 30 puntos (100%) |
| 21.00 | 1 | 0.85 | |
| 22.00 | 7 | 5.98 | |
| 23.00 | 17 | 14.53 | |
| 24.00 | 11 | 9.40 | |
| 25.00 | 19 | 16.24 | |
| 26.00 | 14 | 11.97 | |
| 27.00 | 25 | 21.37 | |
| | | | |
| | | | |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | | | |
|--------------|------------|---------------|--|
| 28.00 | 12 | 10.26 | <ul style="list-style-type: none"> • Una mediana de 26 puntos (86.67%) • Una moda de 27 puntos (90%) • Una media de 25.58 puntos (85.30%). |
| 29.00 | 6 | 5.13 | |
| 30.00 | 4 | 3.42 | |
| TOTAL | 117 | 100.00 | |

Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

Tabla 3.3 EBE Dimensión Utilización

| DIMENSIÓN 4 UTILIZACIÓN | | | ANÁLISIS DE RESULTADOS |
|--------------------------------|-------------|----------|-------------------------------|
| Xi | (ni) | % | |
| 17 | 1 | 0.85 | |
| 18 | 0 | - | |
| 19 | 1 | 0.85 | |
| 20 | 0 | - | |
| 21 | 0 | - | |
| 22 | 0 | - | |
| 23 | 1 | 0.85 | |
| 24 | 0 | - | |
| 25 | 0 | - | |
| 26 | 1 | 0.85 | |
| 27 | 0 | - | |
| 28 | 2 | 1.71 | |
| 29 | 3 | 2.56 | |
| 30 | 0 | - | |
| 31 | 2 | 1.71 | |
| 32 | 9 | 7.69 | |
| 33 | 10 | 8.55 | |
| 34 | 5 | 4.27 | |
| 35 | 6 | 5.13 | |
| 36 | 13 | 11.11 | |
| 37 | 8 | 6.84 | |
| 38 | 11 | 9.40 | |
| 39 | 4 | 3.42 | |
| 40 | 13 | 11.11 | |
| 41 | 13 | 11.11 | |
| 42 | 3 | 2.56 | |
| 43 | 2 | 1.71 | |
| 44 | 2 | 1.71 | |

De acuerdo con la puntuación máxima de la dimensión de utilización del instrumento, esta corresponde de 10 a 50 puntos, se determinan las medidas de tendencia central, obteniendo los siguientes resultados:

- Una mínima de 17 puntos (34%)
- Una máxima de 50 puntos (100%)
- Una mediana de 37 puntos (74%)
- Una moda de 40 puntos (80%)
- Una **media de 36.92 puntos (73.85%)**.



| | | |
|--------------|------------|---------------|
| 45 | 1 | 0.85 |
| 46 | 0 | - |
| 47 | 1 | 0.85 |
| 48 | 0 | - |
| 49 | 1 | 0.85 |
| 50 | 4 | 3.42 |
| TOTAL | 117 | 100.00 |

Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

12.5 Resultado promedio de la variable de interés en cada servicio y nivel de competencia en cada dimensión de la EBE

De acuerdo a la dimensión del nivel de competencia de Enfermería Basada en Evidencia, se obtiene el mayor porcentaje en la dimensión 1 Actitud, siendo del 90.96%, seguido de habilidad con un 85.30%, Conocimiento 81.48% y utilización siendo el menor porcentaje 73.85%.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento, se puede observar el nivel de competencia por cada servicio siendo medicina interna con el mayor puntaje es decir 146.86 puntos (nivel alto), seguido de Áreas neonatales con un 144.47 puntos (nivel alto), Admisión continua con el 143.72 puntos (nivel alto), UCIA con el 142.9 puntos (nivel alto), Cirugía general con el 142.52 puntos (nivel alto) y con el menor puntaje Gineco pediatría con el 141.93 puntos (nivel alto).

Tabla 4 Promedio del nivel de competencia de EBE por servicio y dimensión

| DIMENSIÓN | RESULTADO PROMEDIO | | SERVICIOS | RESULTADO PROMEDIO | |
|----------------|--------------------|------------|---------------------|--------------------|------------|
| | PUNTUACIÓN | PORCENTAJE | | PUNTUACIÓN | PORCENTAJE |
| 1.ACTITUD | 36.48 | 90.96% | UCIA | 142.9 | 81.66% |
| 2.CONOCIMIENTO | 44.81 | 81.48% | ÁREAS NEONATALES | 144.47 | 82.56% |
| 3.HABILIDADES | 25.58 | 85.30% | GINECO PEDIATRÍA | 141.93 | 81.10% |
| 4.UTILIZACIÓN | 36.92 | 73.85% | MEDICINA INTERNA | 146.86 | 83.38% |



| | | | |
|--|-----------------|--------|--------|
| | CIRUGÍA GENERAL | 142.52 | 81.44% |
| | ADMISIÓN | 143.72 | 82.13% |

Fuente: Resultados obtenidos de la del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

12.6 Confiabilidad del instrumento (ALFA DE CRONBACH)

Tabla 5 Alfa de cronbach del instrumento de medición

| Estadísticas de fiabilidad | | | |
|----------------------------|------------------|----------------|-------------------------|
| | Alfa de Cronbach | N de elementos | Interpretación |
| Instrumento | .899 | 35 | Consistencia muy fuerte |
| Dimensión 1. Actitud | .755 | 8 | Consistencia fuerte |
| Dimensión 2. Conocimiento | .862 | 11 | Consistencia muy fuerte |
| Dimensión 3. Habilidad | .713 | 6 | Consistencia fuerte |
| Dimensión 4. Utilización | .862 | 10 | Consistencia muy fuerte |

Fuente: Resultados obtenidos del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

12.7 Resultado de la prueba CHICUADRADA

12.7.1 Variable nivel educativo

De acuerdo a la prueba de CHI CUADRADA la variable nivel educativo tiene asociación con la dimensión 2 Conocimiento, es decir, a mayor nivel académico del personal de enfermería, mayor será el nivel de conocimiento sobre la EBE debido a que el grado académico alcanzado permite la formación de un profesional de perfil amplio que es indispensable para obtener un pensamiento crítico y un juicio clínico para poder llegar a la toma de decisiones en el ámbito hospitalario y mantener cuidados de calidad hacia los usuarios de las instituciones del sector salud, por otra parte la prueba evidencia que no existe dependencia con la dimensión 1,3,4 (actitud, habilidad y utilización respectivamente).



Tabla 6: Prueba chicuadrada Nivel Educativo-Dimensiones de la EBE

| PRUEBAS DE CHI-CUADRADO | | | | |
|-------------------------|-------------------------|---------|----|--------------------------------------|
| DIMENSIÓN | | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
| ACTITUD | Chi-cuadrado de Pearson | 34.387 | 27 | .155 |
| | Razón de verosimilitud | 38.339 | 27 | .073 |
| CONOCIMIENTO | Chi-cuadrado de Pearson | 179.487 | 57 | .000 |
| | Razón de verosimilitud | 146.495 | 57 | .000 |
| HABILIDAD | Chi-cuadrado de Pearson | 62.022 | 30 | .001 |
| | Razón de verosimilitud | 61.418 | 30 | .001 |
| UTILIZACIÓN | Chi-cuadrado de Pearson | 82.378 | 69 | .130 |
| | Razón de verosimilitud | 87.221 | 69 | .068 |

Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

12.7.2 Variable Experiencia profesional

De acuerdo a la prueba de CHI CUADRADA existe relación de la variable Experiencia profesional con la dimensión 3 Habilidad, es decir, que a mayor experiencia profesional, mayor será el nivel de habilidades, debido a que la experiencia profesional permite la adquisición y el desarrollo de habilidades que no se adquieren en el ámbito académico sino que son aprendidas a través de las vivencias relacionadas al ejercer la profesión, por otra, parte en cuanto mayor sea la experiencia profesional mayor serán las habilidades que posea el individuo permitiéndole un desempeño correcto en los diversos cuidados que brinda a los pacientes, sin embargo, la prueba demuestra que no existe relación con la dimensión 1, 2, 4(Actitud, Conocimiento y Utilización respectivamente)

Tabla 7 Prueba chicuadrada Experiencia Profesional- Dimensiones de la EBE

| PRUEBAS DE CHI-CUADRADO | | | | |
|-------------------------|-------------------------|--------|----|--------------------------------------|
| DIMENSIÓN | | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
| ACTITUD | Chi-cuadrado de Pearson | 32.133 | 27 | .227 |
| | Razón de verosimilitud | 34.229 | 27 | .159 |



| | | | | |
|--------------|-------------------------|---------|----|------|
| CONOCIMIENTO | Chi-cuadrado de Pearson | 84.930 | 57 | .010 |
| | Razón de verosimilitud | 91.217 | 57 | .003 |
| HABILIDAD | Chi-cuadrado de Pearson | 108.771 | 30 | .000 |
| | Razón de verosimilitud | 122.781 | 30 | .000 |
| UTILIZACIÓN | Chi-cuadrado de Pearson | 68.804 | 69 | .484 |
| | Razón de verosimilitud | 76.891 | 69 | .241 |

Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación del Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) aplicado al personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango en Agosto 2021 a Agosto de 2022.

XIII. Discusión

En esta investigación al determinar el nivel de competencia del personal de enfermería respecto a la práctica basada en evidencia en la gestión del cuidado, se encontró que el mayor porcentaje y/o puntaje entre las dimensiones corresponden a la dimensión Actitud con una puntuación del 36.48 es decir 90.96%, en cuanto al mayor nivel de competencia entre los servicios participantes es medicina interna con una puntuación de 146.86 es decir 83.38% (nivel alto) respecto a los demás servicios a pesar de encontrarse dentro del nivel alto de competencia. Esto nos indica que el personal de enfermería considera importante la práctica clínica basada en evidencia debido a que permite la toma de decisiones y sustentar los cuidados para mejorar la atención a los pacientes y aumentar la autonomía de la profesión. Frente a lo mencionado se acepta la hipótesis de investigación donde se refiere un nivel alto de competencia destacando puntuación en las dimensiones actitud, conocimiento y habilidad respecto a la dimensión utilización, estos resultados están relacionados con el estudio competencia en práctica basada en evidencia y factores asociados en las enfermeras de atención primaria en España en el año 2021 por Fernández SS Ramos MJ, Leal CC ,et al;²² quienes obtuvieron una puntuación de 36.8 en la dimensión actitud sin embargo obtuvieron 38.2 en conocimiento siendo esta su dimensión con mayor puntuación, seguida de utilización con una puntuación del 33.3 y habilidad con el 23.0.



Por otra parte, en esta investigación se logra determinar que existe relación de nivel educativo con el conocimiento, así como la experiencia profesional con la habilidad, sin embargo, Fernández SS Ramos MJ, Leal CC, et al²² refieren que el nivel educativo se asocia con las dimensiones conocimiento y habilidades, mientras que trabajar en centros comprometidos con excelencia en cuidados (BPSO) se asocia con la utilización de la práctica basada en la evidencia. De igual manera en la investigación Actitudes, conocimientos y habilidades de enfermeras y médicos sobre la práctica clínica basada en la evidencia en la provincia de Imbabura (Ecuador) por Molina MJ, Muñoz NP, Vaca CJ. et al³² mencionan que los años de profesión se asocian a la capacidad de aplicar la evidencia científica a la práctica clínica siendo los de más de 6 años de profesión los que tienden a la excelencia, constatan que los factores que determinan la transferencia del conocimiento a la práctica clínica dependen de las actitudes, conocimientos y habilidades.

XIV. Conclusiones

De acuerdo a la revisión minuciosa y el análisis de los resultados obtenidos del instrumento de medición, se determina que el personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango obtiene una mayor puntuación en sus dimensiones de actitud, conocimiento y habilidades, respecto a la dimensión utilización, siendo estos resultados determinantes del cumplimiento a la hipótesis planteada en dicha investigación. Así mismo el nivel de competencia del personal de enfermería por servicio contemplando las cuatro dimensiones de la práctica de enfermería basada en evidencia (actitud, conocimiento, habilidad y utilización) corresponde a un nivel alto.

Por otra parte, se confirma que mientras mayor sea el nivel educativo y la experiencia profesional mayor será el conocimiento y la habilidad que posee el personal para brindar cuidados respaldados en la práctica basada en evidencia.

En todo momento, el cuidado de enfermería requiere de la articulación de los conocimientos científicos, de la experiencia obtenida mediante el quehacer



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



cotidiano y de una atención centrada en el paciente desde una perspectiva holística que promueva una atención segura. La PBE es uno de los factores más importantes asociados a las mejoras en los niveles de atención de la salud suministrada por los profesionales de enfermería en los Hospitales, se ha transformado en la clave para mejorar la calidad del cuidado enfermero, ante esto, el gremio de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango busca la implementación de la práctica basada en evidencia ya que se observó que cuentan con la actitud, el conocimiento y la habilidad para su implementación durante la gestión del cuidado enfermero, sin embargo, aún se ve limitada la utilización de la PBE, pudiendo ser que prevalezcan en la actualidad barreras que limiten al personal a implementar la PBE en un 100% tales como: la aplicación correcta de la práctica clínica, la difusión de las ideas del conocimiento científico y la autocrítica en el cuidado enfermero, es por ello que ante nuevas investigaciones sobre este tema es sugerible conocer cuáles son las barreras que presenta el personal de salud ante la implementación de la PBE para determinar estrategias que mejoren la práctica basada en evidencia dentro de las instituciones del sector salud, por otra parte es fundamental persuadir al personal en el ámbito de la investigación con la finalidad de lograr el empoderamiento enfermero.



XV. Referencias bibliográficas

1. Gómez S. Implementación de la EBE en el Cuidado del Paciente Critico [Internet] [Trabajo final integrador de especialización]: Universidad Nacional de Córdoba: 2016 [Consultado 14 de noviembre 2021] pág.: 1-2. Disponible en: <https://bit.ly/33weGlt>
2. Naranjo HY, Pacheco CJ. Definición e historia de la enfermería de práctica avanzada. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet] 2018 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 34(1): 1-2. Disponible en: <https://bit.ly/3nJ6Xae>
3. CIE [Internet]. Suiza: Definiciones; C2021 [Consultado 14 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://bit.ly/3tJmDOJ>
4. Rodríguez CV, Paravic KT. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*. [Internet] 2011 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 24(1): 246-253. Disponible en: <https://bit.ly/3tSTxfl>
5. Ceballos VP, Jara RA, Bertoni SJ et.al. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. *Revista Electrónica: Enfermería actual en Costa Rica*. [Internet] 2015 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 29(1): 1-12. Disponible en: <https://bit.ly/3nKbg5k>
6. Juárez RP, García CM. La importancia del cuidado de Enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. [Internet] 2009 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 17(2): 109-111. Disponible en: <https://bit.ly/3FNtn0c>
7. Nolla MD. Aprendizaje y prácticas clínicas. *Rev. Educ Med*. [Internet] 2019 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 20(2): 100-104. Disponible en: <https://bit.ly/3Ahs8FJ>
8. Donoso NF. El futuro de la enfermería basada en evidencia y su impacto en el cuidado del paciente. *Revista Universidad y Sociedad*. [Internet] 2020 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 12(5): 229-236. Disponible en: <https://bit.ly/3Ahs8FJ>
9. Susan G, Gray J. Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia [Internet]: Texas. Ed. Elsevier; 2019 [Consultado 14 de noviembre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3ltKq9H>
10. Orellana YA, Paravic KT. Enfermería basada en evidencia. barreras y estrategias para su implementación. *Revista Ciencia y Enfermería*. [Internet] 2007 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 13(1): 17-24. Disponible en: <https://bit.ly/3ltKq9H>



11. Alonso CP, Ezquerro R, Fargues GI et.al. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados [Internet]: Madrid Ed. DAE; 2014 [Consultado 14 de noviembre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3tK4kcd>
12. Santillán GA. Modelos y fases para la práctica de la enfermería basada en evidencias (EBE). *Tiempos de Enfermería y Salud* [Internet] 2020 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 2(8): 46-50. Disponible en: <https://bit.ly/3FMx2M6>
13. Paz SF, Reynaldos GK, Martínez SD, Jerez YO. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Revista Aquichan* [Internet] 2014 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 14(1): 79-99. Disponible en: <https://bit.ly/359T3I2>
14. Pousada GM. Enfermería basada en la evidencia. *Enferm Endosc Dig.* [Internet] 2019 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 6(2): 31-35. Disponible en: <https://bit.ly/359T3I2>
15. Martínez D, Ortega C, Muñoz R. El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. Modelos de formulación. *Revista electrónica trimestral de Enfermería* [Internet] 2016 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 43(1): 431-438. Disponible en: <https://bit.ly/33Dcrg3>
16. Castellanos OA, Vásquez MP. ¿Qué es la medicina basada en evidencias? *Revista Mexicana de Anestesiología* [Internet] 2016 [Consultado 14 de noviembre 2021]; 39(1): 236-239. Disponible en: <https://bit.ly/3AiSHtW>
17. Cañón M, Buitrago GQ. La pregunta de investigación en la práctica clínica: guía para formularla. *Rev. Colomb Psiquiat* [Internet] 2018 [Consultado 18 de noviembre 2021]; 47(3): 193-200. Disponible en: <https://bit.ly/3AiSHtW>
18. Valera RS. Barreras y factores favorecedores de la enfermería basada en la evidencia: una revisión sistemática [Internet] [Trabajo final de maestría]: Universidad de La Coruña:2020 [Consultado 14 de noviembre 2021] pág. 25-26. Disponible en: <https://bit.ly/3GSovbN>
19. Urure VN. Importancia de la enfermería basada en evidencia. *Rev.enferm.vanguard* [Internet] 2017 [Consultado 18 de noviembre 2021]; 5(2): 32-36. Disponible en: <https://bit.ly/3GPj4uc>
20. López MA, Barrera CA. Enfermería basada en la evidencia y su aplicación en el plan de cuidados de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet] 2016 [Consultado 18 de noviembre 2021]; 24(3): 161-2. Disponible en: <https://bit.ly/3AkY0co>



21. Magdalena C, Simian D. La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet] 2018 [Consultado 18 de noviembre 2021]; 29(3): 301-310. Disponible en: <https://bit.ly/3AkY0co>
22. Fernández SS, Ramos MJ, Leal CC et.al. Competencia en Práctica Basada en la Evidencia y factores asociados en las enfermeras de Atención Primaria en España. *Revista Atención Primaria* [Internet] 2021 [Consultado 13 de noviembre de 2021] ;53 (2021):2-13 Disponible en: <https://bit.ly/3FobUMI>
23. Arechabala MC, Salamanca IC, Rojas SC, et.al. Implementación de la práctica basada en evidencia en el currículo de Enfermería. *Educación Media Superior* [Internet] 2018 [Consultado 18 de noviembre de 2021] ;32 (1): 253-263. Disponible en: <https://bit.ly/3GSovbN>
24. Zapata RV. Revisión crítica barreras y estrategias para implementar la enfermería basada en la evidencia en la práctica clínica [Internet] [Trabajo final para obtener el título de segunda especialidad]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo:2018 [Consultado 18 de noviembre 2021] pág. 9-10. Disponible en: <https://bit.ly/3lrCWUm>
25. Jiménez SJ. Reflexiones sobre la investigación de Enfermería en México. *Enfermería Universitaria* [Internet] 2014 [Consultado 18 de noviembre de 2021]; 11(4):117-118. Disponible en: <https://bit.ly/3tOSCgE>
26. Luengo MC, Paravic KT. Autonomía Profesional. Factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Index de Enfermería* [Internet] 2016 [Consultado 18 de noviembre de 2021]; 25(1): Disponible en: <https://bit.ly/33Zyj4X>
27. Álvarez AA. Práctica basada en evidencia. *Revista del departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora* [Internet] 2019 [Consultado 18 de noviembre de 2021]; (6), 6-7. Disponible en: <https://bit.ly/33RvK53>
28. Secretaría de Salud [Internet]. México: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Consultado 20 noviembre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2FZj1I9>
29. Hardy P.A, Rovelo L.J. Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Medicina e investigación* [Internet]; 3(1):81. [Consultado 20 noviembre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3gvSQRI>
30. Manjarrez M. Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación. *Enfermería en cardiología* [Internet].2015 [Consultado 20 noviembre de 2021]; 58(1), 27-30. Disponible en: <https://bit.ly/3cEkYRn>
31. Ramírez N.M. La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. *Revista Colombiana de Bioética*



- [Internet] [Consultado 20 noviembre de 2021]; 8(2): Pag 21. Disponible en: <https://bit.ly/31JLxPD>
32. Molina MJ, Muñoz NP, Vaca CJ. et.al. Actitudes, conocimientos y habilidades de enfermeras y médicos sobre la práctica clínica basada en la evidencia en la provincia de Imbabura (Ecuador). *Revista Enfermería Clínica* [Internet] 2016 [Consultado 13 de noviembre de 2021] ;25 (6):319-326 Disponible en: <https://bit.ly/3FobUMI>
33. Guiñazu Campo E.N, *Enfermería Basada en la Evidencia Barreras para su Implementación XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería* [Internet].2018 [Consultado 14 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://bit.ly/3DsHhVr>
34. Arechabal M.C, Catoni Salamanca M.I, Rojas Silva N, Rubio Acuña M, Carrasco Aldunate P, Implementación de la práctica basada en evidencia en el currículo de Enfermería. *Educación Médica Superior*. [Internet].2018[consultado 14 de Noviembre de 2021]; 32(1);253-263. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000100024
35. Patiño Villalva G.E. Enfermería Basada en Evidencia (EBE) en el acto del cuidado enfermero: una revisión integradora. *ACC CIETNA*[internet].2020 [consultado 14 de Noviembre de 2021]; 7 (1);84-94. Disponible en: <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i1.350>
36. Donoso Noroña R.F, Gomez Martínez N, Rodriguez Plasencia A. El futuro de la enfermería basada en evidencia y su impacto en el cuidado del paciente. *UNIVERSIDAD Y SOCIEDAD Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos*[Internet].2020[Consultado 14 de Noviembre de 2021]; 12 (5);229-236.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000500229
37. Tumbaco Quimis K.L,Tumbaco Quimiz Y.M, Jaime Pincay N.M, Jaime Villafuerte M.Y. Gestión del cuidado de enfermería basada en la evidencia. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*. [Internet]. 2021 [Consultado 14 de noviembre de 2021]; 7(12); 341-352. Disponible en: DOI <https://doi.org/10.35381/cm.v7i12.432>
38. Ruzafa M.M., fernandez S.S, Leal C.C., Ramos M.A.J Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof): Development and Psychometric Validation. *Worldviews on Evidence-based Nursing* . [Internet].2020 [Consultado 20 de septiembre de 2021];17(5);366-375. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/wvn.12464>



XVI. Anexos

16.1 Consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación de enfermería en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango

"Práctica de enfermería basada en la evidencia en la gestión del cuidado"

___/___ 2021

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en este estudio de investigación que se está llevando a cabo para determinar las competencias del personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango respecto a la práctica basada en evidencia en la gestión del cuidado.

La participación en este proyecto será realizada a través de la contestación del presente instrumento el cual permite evaluar las competencias del personal del HRAEZ en la práctica de enfermería basada en la evidencia, el cual no ocasiona perjuicios en la integridad física y mental de los participantes.

Este estudio nos permitirá obtener un panorama más amplio respecto a las competencias que tiene el personal de enfermería en la PBE en el rol asistencia en la gestión del cuidado. Puede tener la certeza que recibirá las respuestas ante cualquier pregunta o aclaración respecto al proyecto, asimismo, tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en él, si así lo desea.

Los datos y la información proporcionados se mantendrán bajo confidencialidad y no serán cedidos para otras investigaciones sin su consentimiento, su identidad será siempre preservada y no revelada en ninguna circunstancia.

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo participar en este estudio de investigación.

Nombre y firma del participante



16.2 Instrumento de recolección de datos

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. " Competencias del personal de enfermería en la práctica basada en evidencia durante la gestión del cuidado en el HRAEZ"

AUTORES DE LA INVESTIGACIÓN

- PLESS. Hernández De Hilario Brenda
- PLESS. Zamora Martínez Emma

OBJETIVO GENERAL

Determinar las competencias del personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango respecto a la práctica basada en evidencia en la gestión del cuidado.

Para la presente investigación se utilizará el instrumento Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) (Cuestionario para evaluar competencias en la práctica basada en la evidencia de las enfermeras (EBP - COQ Prof) el cual consta de 35 ítems.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo

- Masculino
- Femenino

Edad

- 22-25 años
- 26 -30 años
- 31-35 años
- 36-40 años
- 41-45 años
- >45 años



DATOS PROFESIONALES

¿Cuál es el turno en el que se encuentra adscrito?

- Matutino
- Vespertino

¿Cuál es el área a la que te encuentras adscrito (a)?

- UCIN, UTIP, CYD Y UTIP
- Admisión continua
- Medicina interna
- Cirugía general
- Gineco-pediatría
- Unidad de cuidados intensivos adulto

¿Cuál es su grado académico?

- Pasante de servicio social de licenciatura
- Licenciatura
- Especialidad
- Maestría
- Doctorado

¿Cuáles son tus años de experiencia profesional?

- 0 años
- 1- 5 años
- 6-10 años



- 11-15 años
- 16-20 años
- 21-25 años
- 26-30 años

Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof)

INSTRUCCIONES. Por favor tómese el tiempo que necesite, lea la información cuidadosamente, recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas. Si está de acuerdo marque con una X en la casilla que corresponde su respuesta en cada ítem. El instrumento consta de 35 ítems que corresponden a 4 dimensiones (Actitud, Conocimiento, Habilidades y Utilidad).

La alternativa de respuesta que corresponde a cada uno de los ítems será de la siguiente manera:

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

| | Ítems | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|---|---|-------------------|---------------|----------------------------------|------------|----------------|
| 1 | La PBE ayuda en la toma de decisiones en la práctica clínica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Me agrada disponer de evidencias científicas que sustenten los cuidados que práctico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | La PBE aumenta la autonomía de la profesión enfermera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Me agrada o agradecería que en mi centro de trabajo se esté aplicando la PBE. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 5 | Ahora mismo la PBE es una de mis prioridades profesionales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Con la aplicación de la PBE mejora la atención a los pacientes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Estoy dispuesta/o a realizar un mayor esfuerzo por aplicar la PBE en mi práctica clínica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Creo que debería formarme más en PBE. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Conozco como formular preguntas clínicas estructuradas según el formato PICO. (paciente, intervención, comparación y resultados) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Conozco las principales webs con información ya evaluada críticamente. (Cochrane, NICE, Guiasalud...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Conozco los aspectos que determina la calidad de la investigación cuantitativa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Conozco los aspectos que determinan la calidad de la investigación cualitativa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Conozco el nivel de evidencia de los diferentes diseños de estudios de investigación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Conozco los grados de recomendación que avalan la implementación de intervenciones en salud. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Conozco el significado de las principales medidas de asociación y magnitud del efecto. (t-student, ji-cuadrado, RR, OR, NNT, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Me siento capaz de plantear una pregunta clínica para iniciar la búsqueda bibliográfica de evidencias científicas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Me siento capaz de realizar búsquedas bibliográficas de manera estructurada en las principales bases de datos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 18 | Me siento capaz de evaluar la calidad metodológica de un artículo científico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Me siento capaz de interpretar la magnitud y precisión de los resultados de un artículo científico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Me siento capaz de valorar la aplicabilidad de los resultados de un artículo científico en mi centro de trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Me siento capaz de analizar un problema clínico a partir de la valoración del paciente y/o de la evaluación de sus resultados en salud. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Me siento capaz de comunicar a mis compañeros los resultados que obtengo con mi práctica clínica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Me siento capaz de colaborar en (o liderar) cambios de la práctica clínica en mi centro de trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | En mi centro de trabajo se realizan intervenciones basadas en evidencia científica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | La mayoría de las intervenciones basadas en evidencia que se realizan en mi centro de trabajo son propuestas desde mi organización sanitaria. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | La mayoría de las intervenciones basadas en evidencia que se realizan en mi centro de trabajo son propuestas por las enfermeras de la unidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Tengo en cuenta las preferencias de pacientes y/o familiares en mi práctica clínica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | En la toma de decisiones clínicas tengo en cuenta mi experiencia profesional. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Para mi práctica clínica consulto evidencias científicas. (guías de práctica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



| | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| | clínica, revisiones sistemáticas, estudios originales, etc.) | | | | | |
| 30 | Mi institución proporciona regularmente a las enfermeras los resultados obtenidos por la unidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Analizo con mis compañeras/os los resultados obtenidos tras la evaluación de los cuidados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Utilizo herramientas validadas (cuestionarios, test, índices, etc.) para evaluar los resultados de mi práctica clínica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Mantengo actualizada mi práctica clínica en la información procedente de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y otras evidencias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | En mi centro de trabajo se toman decisiones apoyadas en evidencias científicas y no tanto en la costumbre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | En mi centro de trabajo colaboro para que la PBE sea parte de la cultura de mi organización. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |