



**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS SERVICIOS DE  
URGENCIAS Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**Ángela Pérez Campomanes**

**Mayo 2023**

**Trabajo Fin De Máster**





**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS SERVICIOS DE  
URGENCIAS Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**Trabajo Fin De Máster**

**Ángela Pérez Campomanes**

**Alberto Lana Pérez**



## **MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS**

Alberto Lana Pérez, Doctor por la Universidad de Oviedo, profesor del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. Ángela Pérez Campomanes, titulado “Enfermería basada en la evidencia en los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos.”, realizado bajo la dirección del Dr. Alberto Lana Pérez, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 25 de abril de 2023.

Vº Bº

Fdo. Alberto Lana Pérez

Director del Proyecto



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCION .....</b>	<b>1</b>
<b>2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....</b>	<b>7</b>
<b>3. SUJETOS Y MÉTODOS.....</b>	<b>8</b>
3.1. Diseño y población a estudio .....	8
3.2. Variables del estudio .....	9
3.3. Análisis de datos.....	12
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>13</b>
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>23</b>
<b>7. REFERENCIAS .....</b>	<b>24</b>
<b>8. ANEXO.....</b>	<b>28</b>
8.1. Anexo 1 .....	28
8.2. Anexo 2 .....	29

## 1. INTRODUCCION

Los términos práctica clínica basada en la evidencia (PBE) y enfermería basada en la evidencia (EBE) hacen referencia a la toma de decisiones para el cuidado de las personas basándose en evidencia científica (1). Esta forma de desempeñar los cuidados es considerada por algunos organismos como un imperativo deontológico y profesional (2). Además, este tipo de práctica es necesario para cumplir con una de las obligaciones profesionales más importantes que recoge el Código Ético de la Asociación Americana de Enfermería, que es avanzar en la profesión de enfermería a través del desarrollo del conocimiento, la difusión y la aplicación a la práctica (3).

Aunque la PBE y la EBE son términos que se utilizan indistintamente por su evidente similitud, tienen algunas diferencias importantes. En primer lugar, la PBE se puede aplicar a todas las disciplinas que utilicen bases científicas para justificar sus prácticas (2), ya que se ha definido como *“hacer aquello que mediante ensayos en poblaciones objetivo ha demostrado ser efectivo”* (4). Sin embargo, la EBE es una evolución de la PBE específicamente para la disciplina enfermera. En cualquier caso, una de las pioneras de la PBE había sido Florence Nightingale (1820-1910), la precursora de la enfermería profesional, que tras observar una elevada mortalidad en los hospitales modificó algunas de las prácticas que contribuían a ese fenómeno (5), por lo que la génesis de la PBE no estuvo nunca alejada de la disciplina enfermera. Pero el paso real de la PBE a la EBE tardó en llegar unas cuantas décadas, ya que hasta finales de la década de los 70 no era común que los programas de enfermería incluyeran cursos de investigación (6), y los primeros estudios importantes para trasladar los resultados de las investigaciones enfermeras a la práctica clínica no se produjeron hasta la década de los 80 (7). En segundo lugar, según Carnwell la EBE abarca más aspectos que la PBE, ya que, además de utilizar las mejores prácticas profesionales en base a la literatura científica de alta calidad, tiene en cuenta la investigación para la toma de decisiones, para la síntesis de conocimientos y habilidades

y, como último punto, para realizar cambios en la práctica clínica (2). Por lo tanto, en la actualidad es preferible la utilización del término EBE.

El término EBE comenzó a utilizarse asiduamente en el año 2000, cuando Ingresoll la definió como: *"el uso consciente, explícito y juicioso de la información derivada de la teoría y basada en la investigación para tomar decisiones sobre la prestación de atención a individuos o grupos de pacientes que reflejan las necesidades y preferencias individuales"* (6). En 2002 se celebró la primera reunión sobre EBE en España, y en esta se proporcionó una nueva definición que matiza y amplía la anterior: *"la EBE es el 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 medicina basada en la evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visibles perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico"* (8).

Obviamente, no es posible entender completamente el concepto de EBE sin acercarse primero al término de medicina basada en la evidencia (MBE). La génesis de la MBE se puede encontrar en el ideario del epidemiólogo Archie Cochrane, quién defendía en la década de los 70 la importancia de la gratuidad y universalidad del sistema de salud de Gran Bretaña, pero a su vez creía en la necesidad de justificar la eficacia de las intervenciones realizadas, ya que el exceso de gasto podría suponer un problema (8). Según palabras del propio Cochrane *"es seguramente un gran error para nuestra profesión que no hayamos organizado un resumen crítico, por especialidad o subespecialidad, adaptado de manera periódica, de todos los ensayos controlados aleatorios relevantes"* (9), ya que se percató de que algunas de las prácticas médicas realizadas en aquella época no eran eficaces y, en algunas ocasiones, hasta resultaban ser dañinas (2). Unos años más tarde, en 1980, en la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de McMaster (Canadá) se publicó un artículo en el que se describía cómo realizar un análisis correcto de la evidencia científica (8), y una década después se utilizó por primera vez el término



de MBE (8,9). Sackett et al. en 1996 definieron la MBE como *“utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente”* (2,8). El propio Sackett se encargó cuatro años más tarde de modificar la definición para incluir en ella la habilidad y buen juicio de los profesionales debido a su experiencia, y para considerar también las preferencias y valores del paciente (8). Esta modificación del término MBE para tener en cuenta la voz de los pacientes es la que más se acerca a la definición de PBE o EBE (1,8).

En 1999 Rosswurm y Larrabee establecieron una serie de seis pasos para guiar el proceso de EBE (10). Este modelo se basó en una combinación de datos cuantitativos y cualitativos, experiencia clínica y evidencia contextual. En el año 2004 Thurston y King ensayaron este modelo que sirvió como un mecanismo útil para examinar preguntas derivadas de la práctica; sin embargo, se consideró que era necesaria una adaptación para simplificar el proceso y tener en cuenta otros elementos clave de la EBE, como la participación del paciente (11). Los pasos que se establecieron para aplicar la EBE fueron cinco (1,12):

- 1) Formulación de preguntas clínicas: por lo general, la pregunta se estructurará con ayuda del acrónimo PICO (P-Paciente, I-Intervención, C-Comparación, O-Outcome (resultado)). Una buena pregunta evitará que se pierda tiempo en la búsqueda de evidencias.
- 2) Búsqueda bibliográfica: se debe realizar una búsqueda exhaustiva de la mejor evidencia posible.
- 3) Lectura crítica: este paso debe servir para valorar si la información encontrada en nuestra búsqueda es de calidad y merece ser tomada en cuenta para tomar decisiones.
- 4) Implementación: tras analizar los hallazgos y considerarlos válidos, el siguiente paso consistirá en planificar la implementación de los cambios.

## 5) Evaluación.

Actualmente, la EBE es un elemento clave en el sistema sanitario ya que garantiza que la práctica enfermera se ejecuta de forma óptima. Hace que los pacientes reciban el mejor cuidado disponible y que los profesionales aumenten su interés por la investigación, fomentando indirectamente la formación continuada (1,13). Esto es muy relevante porque la investigación es esencial para el desarrollo del conocimiento en cualquier campo del saber. Además de la investigación, es importante abarcar otras formas de evidencia, como pueden ser las propias experiencias y opiniones de los pacientes (1). Así los pacientes también se ven beneficiados debido a que reciben un cuidado más individualizado y realmente centrado en las personas, en el que se tienen en cuenta sus preferencias y necesidades (13).

Aunque el impacto directo de las intervenciones de EBE en los resultados clínicos es difícil de medir y se necesitan más pruebas de su eficacia (14), se sabe que sustituir prácticas ancladas en la tradición por prácticas basadas en la evidencia mejora los resultados de salud y disminuye los costes (15-18). Además, el uso de la EBE en la asistencia sanitaria mejora la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente (13).

A pesar de todas estas pruebas sobre los aspectos positivos de la EBE, se sabe que los profesionales de enfermería, en general, continúan basando su práctica en la intuición o la experiencia propia y ajena, y que la reproducción de roles de forma acrítica es todavía muy común. Se sabe que entre el 30 y el 40% de los pacientes no reciben atención basada en los resultados de las investigaciones disponibles y que incluso entre el 20% y el 25% de los pacientes reciben atención dañina o innecesaria (19). Algunas de las razones para no utilizar la EBE son la falta de tiempo o la dificultad de localizar y revisar la evidencia (20). También existe un desconocimiento de lo que implica la EBE y de sus pasos para una correcta ejecución. Además, tampoco hay mucho conocimiento del nivel de implantación

de la EBE en los sistemas sanitarios, que sería muy importante para poder diseñar estrategias de mejora. Las organizaciones deberían proporcionar instrumentos válidos y fiables que para medir el nivel de competencia en EBE de las enfermeras (13). En resumen, si se tuvieran que elegir las dos barreras más importantes, serían la falta de habilidades de búsqueda y la falta de habilidades para criticar o sintetizar la literatura científica (21).

En España se creó el Cuestionario de PBE, versión profesional (EBP-COQ-Prof©), que consiste en un cuestionario validado en español que evalúa la actitud, conocimiento, habilidades y utilización de la EBP por parte de las enfermeras. Este cuestionario fue utilizado en un estudio realizado en España en el año 2020 a través de una campaña de colaboración llamada “#Evidencer”, en la que podían participar enfermeras de toda España a través de redes sociales, sindicatos, asociaciones y escuelas profesionales. Participaron un total de 2.942 enfermeras. (13). Según sus resultados, las enfermeras españolas tenían un nivel moderado de competencia en la PBE. También se confirmó que, en España, al igual que en otros países donde se realizaron estudios similares el nivel de formación estaba directamente relacionado con el conocimiento, habilidades y aplicación de la PBE. También concluyeron que la competencia de PBE estaba relacionada positivamente con la lectura frecuente de literatura científica y la formación en PBE. Además, se probó que también influía de forma positiva la tutorización de alumnos de grado durante sus prácticas clínicas (13). En otro estudio del año 2011 realizado en enfermeras españolas y latinoamericanas se halló que el uso de PBE era mayor entre las enfermeras latinoamericanas, quizá porque en muchos de estos países los programas de doctorado llevaban vigentes desde finales del siglo pasado, mientras que en España fue difícil acceder a ese tipo de programas hasta la implantación del sistema grado/postgrado en la segunda década del siglo XXI (20).

Aunque muchos estudios estudiaron los conocimientos, actitudes y barreras de la ejecución de PBE y EBE entre las enfermeras generalistas de plantas de hospitalización y enfermeras

atención primaria, se han encontrado pocos estudios sobre estos temas entre las enfermeras de servicios especiales, como las unidades de cuidados intensivos (UCI) y los servicios de urgencias (SU) (22), y ninguno de ellos en España. Dado el elevado nivel de complejidad y estandarización de los cuidados en estos servicios, es esperable que la práctica enfermera se realice en base a evidencia científica, sobre todo en las UCI. En línea con esta hipótesis, Gigli et al. hallaron que las enfermeras de las UCI tenían un elevado conocimiento de la EBE, especialmente si tenían el título de enfermeras especialistas (23).

## **2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

La hipótesis de este estudio fue que los profesionales de enfermería de los servicios especiales (SU y UCI) del norte de España tenían mejores indicadores de PBE que sus colegas de las plantas de hospitalización.

El objetivo principal fue comparar la actitud, formación y práctica de la PBE de los profesionales de enfermería de los SU, UCI y plantas de hospitalización de hospitales de titularidad pública del norte de España.

### **3. SUJETOS Y MÉTODOS**

#### **3.1. Diseño y población a estudio**

Estudio transversal multicéntrico en cuatro hospitales del norte de España (Hospital del Bierzo de León, Hospital Monte Naranco de Asturias, Hospital Universitario Central de Asturias y Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Cantabria).

La población diana de este estudio fueron los profesionales de enfermería de atención especializada. Dentro de este grupo, la población accesible fueron los profesionales que se encontraban en activo y trabajando en los citados hospitales en el momento de la recogida de datos. Solo se incluyeron profesionales que, en el momento de realizar la encuesta, desarrollaban su actividad laboral en el SU, UCI, y plantas de hospitalización médico-quirúrgica. Por tanto, se excluyeron trabajadores de consultas externas, quirófano, hospital de día, hemodiálisis y otros servicios especiales.

Este estudio se realizó respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki y de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y a la Ley 14/2007, del 3 de julio de Investigación Biomédica. Durante el proceso de captación de participantes, se informó sobre los objetivos del estudio y el análisis anonimizado de la información obtenida. Cada participante otorgó consentimiento informado para ser incluido en la investigación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Asturias.

### 3.2. Variables del estudio

La medición de la PBE se realizó mediante cuatro variables principales: 1) la actitud hacia la PBE; 2) la formación en PBE; 3) la realización de cuidados basados en la evidencia; y 4) la calidad de los cuidados.

Para medir la actitud hacia la PBE en este estudio se utilizó el cuestionario "Health Sciences-Evidence Based Practice questionnaire (HS-EBP)". Este cuestionario fue validado para España por profesores de la Universidad de las Islas Baleares junto con la Escuela Andaluza de Salud Pública en un estudio llevado a cabo en 233 sujetos de la Comunidad Autónoma de Andalucía y Murcia entre el año 2006 y el año 2008. Este cuestionario fue diseñado para abordar el uso de PBE en Ciencias de la Salud. Consta de 60 ítems, distribuidos en tres dimensiones:

1. Creencias-actitudes: la opinión del profesional sanitario sobre la PBE (12 ítems)
2. Resultados provenientes de la investigación científica: conocimientos, habilidades y el uso de la PBE (36 ítems)
3. Barreras-facilitadores: el entorno laboral y su rol en la percepción respecto a la evidencia (12 ítems)

En este trabajo solo se utilizó la primera dimensión, referente a las creencias y actitudes de los profesionales sanitarios sobre la PBE (**Anexo 1**), por lo que la puntuación global estuvo comprendida entre 12 y 120 puntos. Se estableció un punto de corte en 100, estimando las puntuaciones iguales o superiores a 100 como actitudes muy favorables hacia la PBE. Las personas participantes mostraron su grado de acuerdo en una escala de 1 a 10 puntos respecto a las siguientes 12 cuestiones:

1. Utilizar los resultados de investigación es importante para el desarrollo de mi/nuestra práctica profesional.
2. La PBE ejerce gran impacto sobre mi labor profesional.
3. La PBE debe jugar un papel positivo en mi práctica profesional.
4. Considero que la PBE mejora la calidad y los resultados de las intervenciones.
5. En el ejercicio profesional, la PBE es una herramienta de ayuda para la toma de decisiones.
6. La PBE implica obtener resultados más eficientes.
7. La PBE ayuda a que atendamos de igual forma y con la misma eficacia a las personas.
8. Considero que los resultados de la investigación tienen importancia para mi práctica diaria.
9. Aplicar la PBE se encuentra entre mis prioridades profesionales.
10. Considero motivante aplicar la PBE.
11. Me interesaría mejorar las competencias necesarias para aplicar la PBE.
12. Estoy dispuesto a cambiar las rutinas de mi práctica cuando éstas se demuestren inadecuadas.

Para medir el resto de las variables del estudio se emplearon las siguientes tres preguntas: “¿Has realizado algún tipo de formación específica en Práctica Basada en la Evidencia?” para medir la formación en PBE; “Durante tu trabajo diario ¿realizas los cuidados de enfermería según la evidencia científica?” para medir la realización de cuidados basados



en la evidencia; y “Puntúa de 1 a 10 la calidad de tu ejercicio profesional” para medir la calidad auto informada de los cuidados.

Además, se recogió una serie de datos para caracterizar sociodemográfica y laboralmente a los profesionales (**Tabla 1** y **Anexo 2**).

**Tabla 1:** variables secundarias

<b>Nombre</b>	<b>Tipo</b>
<b>Centro</b>	Variable cualitativa. Categorías: Hospital del Bierzo, Hospital Monte Naranco, Hospital Universitario Central de Asturias y Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
<b>Sexo</b>	Variable cualitativa. Categorías: hombre y mujer.
<b>Edad</b>	Variable cuantitativa. Escala: años. Posteriormente se clasificó a los profesionales según tres categorías: <35 años, 35-49 años y $\geq$ 50 años.
<b>Experiencia profesional</b>	Variable cuantitativa. Escala: años de experiencia, (si es menor de 1 año, se pone 1 año). Posteriormente se clasificó a los profesionales según tres categorías: <10 años, 10-29 años y $\geq$ 30 años.
<b>Turno</b>	Variable cualitativa. Categorías: mañanas, rotativo y otros.
<b>Titulación</b>	Variable cualitativa. Categorías: grado/equivalente, Master o doctorado.
<b>Satisfacción laboral</b>	Variable cuantitativa. Escala: número dentro de una escala del 1 al 10, siendo 1: “nada satisfecho” y 10: “muy satisfecho”. Posteriormente se decidió agrupar esta variable en tres categorías: >5 puntos, 5-7 puntos y $\geq$ 8 puntos.
<b>Agotamiento emocional</b>	Variable cualitativa. Categorías: “nunca”, “pocas veces al año o menos”, “una vez al mes o menos”, “unas pocas veces al mes”, “una vez a la semana”, “pocas veces a la semana” y “todos los días”. Posteriormente se decidió agrupar esta variable en tres categorías: “nunca-esporádico”, “ocasional” y “frecuente”.

### **3.3. Análisis de datos**

La información obtenida fue introducida en una base de datos STATA en su versión 15 (StataCorp.; College Station, Texas). Tras la depuración y control de calidad de dichos datos, se llevó a cabo el análisis estadístico. Se describieron las variables cualitativas utilizando frecuencias absolutas y relativas (%), y las variables cuantitativas calculando su media y desviación estándar (de). La comparación de las puntuaciones cuantitativas entre las diferentes unidades se realizó mediante la prueba de ANOVA (post-hoc test de Bonferroni), y las comparaciones de variables cualitativas mediante la prueba de Ji-cuadrado, con la categoría “Planta de hospitalización” como referencia. Sólo aquellos p-valores  $<0,05$  fueron considerados estadísticamente significativos.

#### 4. RESULTADOS

Participaron en el estudio un total de 725 profesionales, de los cuales, 462 trabajaban en plantas de hospitalización, 96 en SU y 167 en UCI. Más de la mitad de los participantes (n=411) eran trabajadores del HUCA.

La gran mayoría de los encuestados fueron mujeres (89,24%) y aproximadamente la mitad de ellas se encontraban en un rango de edad entre los 35-49 años (48,27%). Se observó una menor participación en el estudio entre aquellos profesionales cuya experiencia en el sector superaba los 30 años (alrededor del 10%). Este porcentaje fue notablemente menor en los SU (6,3%) y UCI (7,2%).

En torno al 90% de los profesionales encuestados trabajaban en turno rotatorio y solo un 5,51% daban una puntuación inferior a 5 a su satisfacción laboral. Sin embargo, en cuanto al agotamiento emocional, un 43,03% de los profesionales afirmaban sentir agotamiento ocasionalmente y un 24,96% frecuentemente, siendo este porcentaje superior a la media entre los trabajadores de los SU (31,3%).

Solamente un 22,9% de los encuestados que trabajan en SU, y un 23,4% de los que trabajan en UCI tienen el título de máster; y menos del 1% del total de encuestados son doctores en enfermería.

**Tabla 2:** Descripción de la muestra, n (%)

	<b>Planta</b>	<b>SU</b>	<b>UCI</b>
<b>Centro</b>			
HB	60 (13)	13 (13,5)	11 (6,6)
HMN	21 (4,5)	0 (0)	0 (0)
HUCA	237 (51,3)	57 (59,4)	117 (70,1)
HUMV	144 (31,2)	26 (27,1)	39 (23,4)
<b>Sexo</b>			
Hombre	48 (10,4)	9 (9,4)	21 (12,6)
Mujer	414 (89,6)	87 (90,6)	146 (87,4)
<b>Edad</b>			
< 35 años	157 (34)	35 (36,5)	60 (35,9)
35-49 años	212 (45,9)	51 (53,1)	87 (52,1)
≥ 50 años	93 (20,1)	10 (10,4)	20 (12,0)
<b>Experiencia</b>			
< 10 años	159 (34,4)	33 (34,4)	61 (36,5)
10-29 años	245 (53,0)	57 (59,4)	94 (56,3)
≥ 30 años	58 (12,6)	6 (6,3)	12 (7,2)
<b>Turno</b>			
Mañanas	48 (10,4)	2 (2,1)	6 (3,6)
Rotatorio	405 (87,7)	89 (92,7)	157 (94,0)
Otro	9 (1,9)	5 (5,2)	4 (2,4)
<b>Titulación</b>			
Grado/ Equivalente	403 (87,2)	73 (76)	127 (76)
Master	54 (11,7)	22 (22,9)	39 (23,4)
Doctorado	5 (1,1)	1 (1)	1 (0,6)
<b>Satisfacción laboral</b>			
< 5 puntos	22 (4,8)	10 (10,4)	8 (4,8)
5-7 puntos	204 (44,2)	45 (46,9)	74 (44,3)
≥ 8 puntos	236 (51,1)	41 (42,7)	85 (50,9)
<b>Agotamiento emocional</b>			
Nunca-esporádico	140 (30,3)	28 (29,2)	64 (38,3)
Ocasional	208 (45,0)	38 (39,6)	66 (39,5)
Frecuente	114 (24,7)	30 (31,3)	37 (22,2)

SU: servicio de urgencias; UCI: unidad de cuidados intensivos; HB: Hospital de Bierzo; HMN: Hospital Monte Naranco; HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias; HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

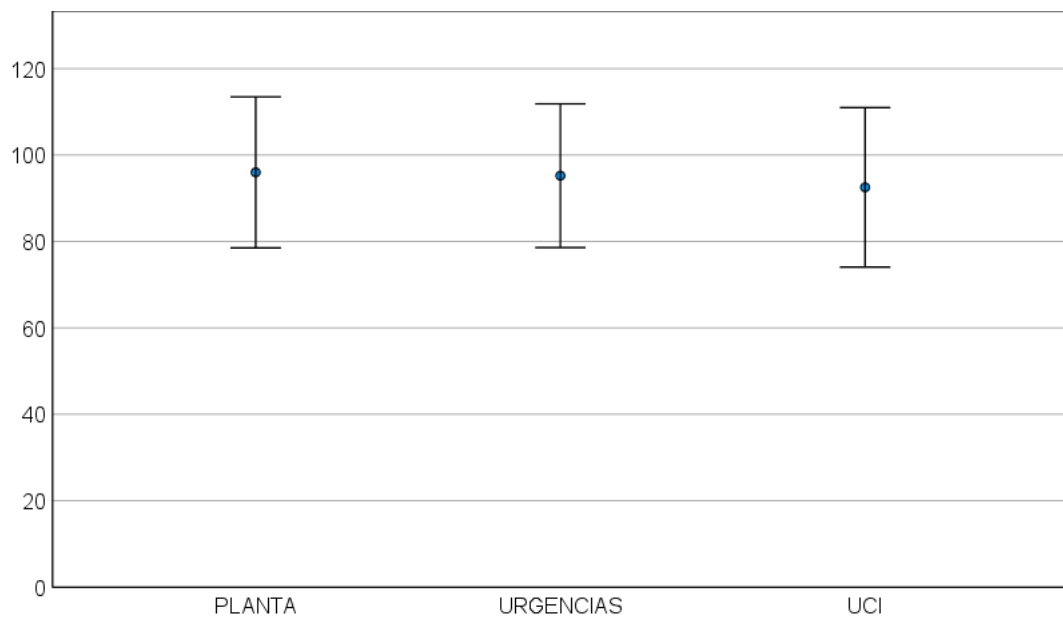
De acuerdo a los resultados de la Tabla 3, la formación en PBE, la realización de cuidados basados en la evidencia y la calidad de los cuidados fue similar en los tres tipos de servicios. No obstante, en la UCI solo un 38,3 % de los profesionales obtuvieron una puntuación superior o igual a 100 en el cuestionario de actitud hacia la PBE, este porcentaje fue significativamente inferior que en las plantas y SU (Tabla 3).

**Tabla 3:** PBE según el tipo de servicio, n (%)

	Planta	SU	UCI
<b>Actitud hacia la PBE, <math>\geq</math> 100 puntos</b>	222 (48,1)	45 (46,9)	64 (38,3)*
<b>Formación PBE</b>	194 (42,0)	47 (49,0)	71 (42,5)
<b>Cuidados basados en la evidencia</b>	410 (88,7)	83 (86,5)	143 (85,6)
<b>Calidad de los cuidados, <math>\geq</math> 8 puntos</b>	314 (68,0)	62 (64,6)	113 (67,7)

SU: servicio de urgencias; UCI: unidad de cuidados intensivos; PBE: práctica basada en la evidencia. \*p<0,05

Cuando se utiliza la escala de la actitud hacia la PBE de forma cuantitativa, las puntuaciones medias de los profesionales encuestados fue 96,0 (DE: 17,5) en las plantas; 95,2 (DE: 16,6) en los SU; y 92,5 (DE: 18,5) en las UCI (**Figura 1**). Utilizando las puntuaciones medias, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los servicios, aunque la media de la UCI es aproximadamente 3 puntos menor que en los otros servicios.



**Figura 1:** Puntuación media (DE) de actitud hacia la PBE

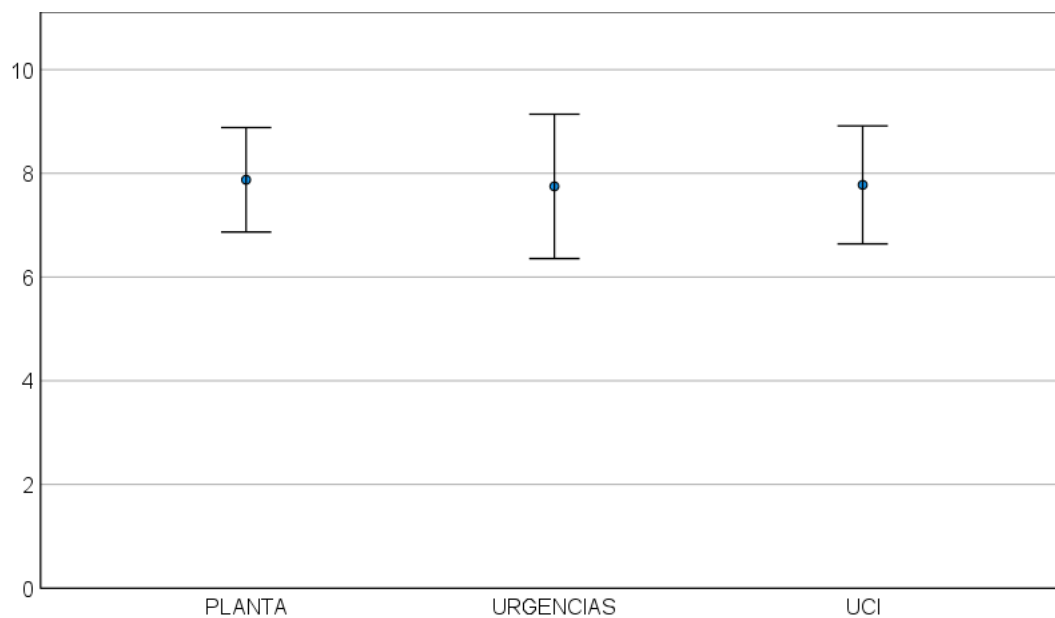
La **Tabla 4** muestra la puntuación media de cada ítem de la escala de la actitud hacia la PBE. Sólo se hallaron diferencias en dos ítems (el 8 y el 11) y en ambos casos las puntuaciones fueron significativamente menores en la UCI.

**Tabla 4: Actitud hacia la PBE**

	Planta	SU	UCI
1. Utilizar los resultados de investigación es importante para el desarrollo de mi/nuestra práctica profesional	8,26 (1,72)	8,37 (1,65)	8,25 (1,63)
2. Utilizar los resultados de investigación es importante para el desarrollo de mi/nuestra práctica profesional	7,46 (1,99)	7,48 (1,89)	7,31 (2,04)
3. La PBE debe jugar un papel positivo en mi práctica profesional.	8,11 (1,75)	8,01 (1,75)	7,81 (1,84)
4. Considero que la PBE mejora la calidad y los resultados de las intervenciones.	8,24 (1,71)	8,30 (1,57)	8,02 (1,71)
5. En el ejercicio profesional, la PBE es una herramienta de ayuda para la toma de decisiones.	8,09 (1,75)	8,07 (1,52)	7,76 (1,83)
6. La PBE implica obtener resultados más eficientes	8,19 (1,69)	8,18 (1,53)	7,88 (1,75)
7. La PBE ayuda a que atendamos de igual forma y con la misma eficacia a las personas.	7,93 (1,75)	7,79 (1,70)	7,56 (1,97)
8. Considero que los resultados de la investigación tienen importancia para mi práctica diaria.	8,07 (1,81)	8,06 (1,67)	<b>7,59* (1,93)</b>
9. Aplicar la PBE se encuentra entre mis prioridades profesionales.	7,16 (2,17)	7,11 (1,89)	6,80 (2,27)
10. Considero motivante aplicar la PBE.	7,37 (2,13)	7,17 (1,97)	7,03 (2,21)
11. Me interesaría mejorar las competencias necesarias para aplicar la PBE.	8,02 (1,85)	7,75 (2,03)	<b>7,57* (2,01)</b>
12. Estoy dispuesto a cambiar las rutinas de mi práctica cuando éstas se demuestren inadecuadas	9,11 (1,27)	8,94 (1,38)	8,93 (1,46)

SU: servicio de urgencias; UCI: unidad de cuidados intensivos; PBE: práctica basada en la evidencia. \*p<0,05

La puntuación media de la calidad de los cuidados autoinformada fue similar en todos los servicios (**Figura 2**). La puntuación fue 7,88 (DE: 1,01) en las plantas de hospitalización, 7,78 (DE: 1,14) en la UCI y 7,75 (DE: 1,39) en los SU.



**Figura 2:** Puntuación media de calidad de los cuidados



## 5. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados de este estudio transversal, la formación en PBE, los cuidados basados en la evidencia y la calidad de los cuidados fue similar en los servicios especiales (SU y UCI) de los hospitales seleccionados que en las plantas convencionales. Sin embargo, en contra de la hipótesis de partida, la actitud hacia la PBE fue significativamente menor en los profesionales de enfermería de la UCI que en las plantas hospitalarias.

Ha sido ampliamente demostrado que el pensamiento crítico y la PBE son esenciales para mejorar la calidad asistencial. En concreto, ha sido demostrado que la calidad asistencial mejora hasta un 28% utilizando PBE (15,22). La combinación entre una investigación clínicamente relevante, la experiencia de los profesionales y las preferencias del paciente mejoran significativamente la atención sanitaria. Es por ello que hoy en día los profesionales de la salud deben cuestionar continuamente sus prácticas, buscando nuevas alternativas que beneficien al paciente. En el año 2004 un estudio reveló que las enfermeras asistenciales tienen un papel clave en la PBE, ya que tienen la posibilidad de cuestionar las prácticas que se vienen realizando y buscar alternativas a ellas utilizando la investigación (14).

En nuestro estudio la actitud de los profesionales de enfermería hacia la PBE fue positiva, pero el porcentaje de profesionales con formación en este ámbito fue solamente del 43%. En general, pese al conocimiento de que la PBE es beneficiosa para mejorar la calidad asistencial y la actitud positiva, existen barreras que dificultan su desarrollo. En la mayoría de las ocasiones, uno de los motivos principales que hace que la PBE no se lleve a cabo es la falta de habilidades y conocimiento sobre el tema, es decir, se detecta una escasa formación efectiva sobre PBE. También es importante la falta de tiempo o la falta de acceso a bases de datos. Existen varios estudios en los que se implementan programas de

formación en PBE para enfermeras. En una revisión sistemática del año 2017 se revela que se han logrado resultados positivos realizando educación en PBE (14). En concreto, se encontraron datos sobre la disminución de la estancia hospitalaria, la disminución de infecciones relacionadas con el catéter venoso central, disminución de las UPP, disminución de la tasa de neumonía asociada a la ventilación mecánica, etc.

En un estudio realizado en Corea del sur, cerca del 50% de los enfermeros encuestados tenían experiencia en PBE (18). En este estudio se muestra que aquellos profesionales con estudios de posgrado o superiores tienen un mayor conocimiento sobre PBE. Esto no sucede en nuestros resultados, ya que los profesionales del SU o de la UCI tienen indicadores similares (sino inferiores) a los de las plantas de hospitalización y, sin embargo, el porcentaje de profesionales con titulación de postgrado es mucho mayor. Además, los profesionales de los SU y UCI son también más jóvenes, por lo que también sería más esperable una menor resistencia hacia la PBE. Por lo tanto, o bien la formación que se necesita para mejorar los indicadores de la PBE es diferente a la ofrecida en los postgrados de España, o bien la PBE no guarda relación con la formación y sí con otras barreras, como la falta de tiempo, que indirectamente nos lleva a una escasez de personal sanitario, algo crónico en España. De hecho, según otros estudios, algunas de las barreras que encuentran los profesionales de enfermería de la UCI para llevar a cabo la PBE son la falta de tiempo y la falta de autoridad para realizar cambios en la práctica (14,18,21,22).

Cuando se analizan en detalle las actitudes hacia la PBE de los profesionales de este estudio, dos de ellas recibieron significativamente menos puntuación por parte de los profesionales de enfermería de la UCI: "Considero que los resultados de la investigación tienen importancia para mi práctica diaria" y "Me interesaría mejorar las competencias necesarias para aplicar la PBE". Estas evocan cierta desafección del personal hacia la investigación y formación en PBE, probablemente relacionada con la escasez de personal previamente mencionada. Tampoco se puede descartar que los profesionales sientan que

la PBE anula su juicio clínico, y que los convierte únicamente en aplicadores de protocolos preestablecidos, sobre los que poco o nada pueden opinar. Por lo tanto, implicar a los profesionales en el diseño de los protocolos de asistencia usando su experiencia clínica, de forma complementaria a los resultados de investigaciones clínicas, podrían ayudar a generar un mejor clima de trabajo y a entender la PBE como una herramienta a su servicio.

En lo positivo, en nuestro estudio observamos que, a pesar de que el porcentaje de profesionales de enfermería formados específicamente en PBE no llega al 50%, la mayoría de los profesionales realizan PBE. Probablemente esto es así porque trabajan de acuerdo con protocolos de asistencia clínica preestablecidos, que están basados en PBE. En todo caso, mejorar la cobertura formativa en PBE de los profesionales de enfermería permitiría no sólo un aumento del número de profesionales que trabajan en base a la evidencia, sino también una revisión crítica de estos protocolos, algo muy deseable y que contribuiría a elevar la calidad de los cuidados prestados.

En definitiva, es necesario mejorar la actitud hacia la PBE de los profesionales de enfermería de los servicios especiales, para lo cual, además de mejorar la formación en PBE, se necesita crear un clima general de trabajo que ayude a que los profesionales perciban las innumerables ventajas de involucrarse en la PBE y se minimicen sus desventajas, en especial la falta de tiempo debido a la escasa dotación de personal. Aunque algunas de las soluciones puedan ser individuales, muchas de las acciones específicas para mejorar los indicadores de PBE en los servicios especiales son responsabilidad de los gestores sanitarios.

Nuestro estudio presentó algunas fortalezas y limitaciones. Entre las primeras se encuentran tamaño muestral relativamente grande, que además recogió información en varios hospitales públicos de España. También fue una fortaleza la utilización de una escala validada en España para medir la actitud hacia la PBE, que permite tener una

medida confiable para nuestro entorno asistencial. Entre las limitaciones está el escaso número de participantes de los SU y UCI, ya que proporcionalmente son menos que los trabajadores de las plantas de hospitalización. Además, algunas de las preguntas del cuestionario podían llevar a un sesgo de información, ya que no se puede descartar un porcentaje de respuestas complacientes o, al contrario, respuestas de personas que se sirven del cuestionario para mostrar su descontento general con la gestión sanitaria.

## 6. CONCLUSIONES

**Primera.** Los indicadores de PBE fueron similares en los tres grupos de profesionales de enfermería estudiados, a pesar de que los trabajadores de los SU y de las UCI tenían con mayor frecuencia formación de postgrado, con respecto a los profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización.

**Segunda.** La actitud de los profesionales de enfermería hacia la PBE fue ligeramente menor en las UCI. Son necesarias medidas organizativas para mejorar la actitud hacia la PBE en los servicios especiales y estudios posteriores para evaluar si estas consiguen mejorar la calidad de los cuidados.

## 7. REFERENCIAS

1. Alonso Coello P, Ezquerro Rodriguez O, Fargues García I, García Alamino JM, Marzo Castillejo M, Navarra Llorens M, Pardo Pardo J, et al. Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. 1º ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2004.
2. Scott K, McSherry R. Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *J Clin Nurs*. 2009;18(8):1085-95. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02588.x.
3. Mick J. Call to action: How to implement evidence-based nursing practice. *Nursing*. 2017;47(4):36-43. doi: 10.1097/01.NURSE.0000513603.03034.5c.
4. Nolan P, Bradley E. Evidence-based practice: implications and concerns. *J Nurs Manag*. 2008;16(4):388-93. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00857.x.
5. Titler MG. Overview of evidence-based practice and translation science. *Nurs Clin North Am*. 2014;49(3):269-74. doi: 10.1016/j.cnur.2014.05.001.
6. Beyea SC, Slattery MJ. Historical perspectives on evidence-based nursing. *Nurs Sci Q*. 2013;26(2):152-5. doi: 10.1177/0894318413477140.
7. Bliss-Holtz J. Evidence-based practice: a primer for action. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2007;30(4):165-82. doi: 10.1080/01460860701738336.
8. Alcolea Cosín MT, Oter Quintana C, Martín García, A. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. *Nure Investigación*. 2011;52:1-7.

9. Álvarez Suárez, L. Diseño de un cuestionario para evaluar las aportaciones de los estudiantes de enfermería a las unidades de prácticas clínicas [Trabajo de fin de grado]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2019.
10. Rosswurm MA, Larrabee JH. A model for change to evidence-based practice. *Image J Nurs Sch.* 1999;31(4):317-22. doi: 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x.
11. Thurston NE, King KM. Implementing evidence-based practice: walking the talk. *Appl Nurs Res.* 2004;17(4):239-47.
12. Dominguez S. Enfermería Basada en la evidencia- EBE [Internet]. Madrid: Elsevier; 2013 [consultado el 12 de enero 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/enfermeria-basada-en-la-evidencia-ebe>
13. Ramos-Morcillo AJ, Fernández-Salazar S, Leal-Costa C, Ruzafa-Martinez M. Evidence-based practice nurses' competency: Spanish national survey and establishment of a scale of the EBP-COQ-Prof©. *J Nurs Manag.* 2021;29(4):794-804. doi: 10.1111/jonm.13220.
14. Wu Y, Brett A, Zhou C, Ou J, Wang Y, Wang S. Do educational interventions aimed at nurses to support the implementation of evidence-based practice improve patient outcomes? A systematic review. *Nurse Educ Today.* 2018;70:109-114. doi: 10.1016/j.nedt.2018.08.026.
15. Emparanza JI, Cabello JB, Burls AJ. Does evidence-based practice improve patient outcomes? An analysis of a natural experiment in a Spanish hospital. *J Eval Clin Pract.* 2015;21(6):1059-65. doi: 10.1111/jep.12460.
16. Doran D, Lefebvre N, O'Brien-Pallas L, Estabrook CA, White P, Carryer J, Sun W, et al. The relationship among evidence-based practice and client dyspnea, pain, falls, and

- pressure ulcer outcomes in the community setting. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2014;11(5):274-83. doi: 10.1111/wvn.12051.
17. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Long LE, Fineout-Overholt E. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2014;11(1):5-15. doi: 10.1111/wvn.12021.
  18. Yoo JY, Kim JH, Kim JS, Kim HL, Ki JS. Clinical nurses' beliefs, knowledge, organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice: The first step to creating an evidence-based practice culture. *PLoS One.* 2019;14(12):e0226742. doi: 10.1371/journal.pone.0226742.
  19. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N; Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ.* 2014;348:g3725. doi: 10.1136/bmj.g3725.
  20. Pérez-Campos MA, Sánchez-García I, Pancorbo-Hidalgo PL. Knowledge, Attitude and Use of Evidence-Based Practice among nurses active on the Internet. *Invest Educ Enferm.* 2014;32(3):451-60. doi: 10.17533/udea.iee.v32n3a10.
  21. Thorsteinsson HS. Icelandic nurses' beliefs, skills, and resources associated with evidence-based practice and related factors: a national survey. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2013;10(2):116-26. doi: 10.1111/j.1741-6787.2012.00260.x.
  22. Abuejheisheh A, Tarawneh O, Qaddumi JAS, Almahmoud O, Darawad MW. Predictors of Intensive Care Unit Nurses' Practice of Evidence-Based Practice Guidelines. *Inquiry.* 2020;57:46958020902323. doi: 10.1177/0046958020902323



23. Gigli KH, Davis BS, Ervin J, Kahn JM. Factors Associated With Nurses' Knowledge of and Perceived Value in Evidence-Based Practices. *Am J Crit Care*. 2020;29(1):e1-e8. doi: 10.4037/ajcc2020866.

## 8. ANEXO

### 8.1. Anexo 1

#### Health Sciences-Evidence Based Practice questionnaire (HS-EBP)

##### Creencias- actitudes: la opinión del profesional sanitario sobre la PBE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Utilizar los resultados de investigación es importante para el desarrollo de mi/nuestra práctica profesional.										
2. La PBE ejerce gran impacto sobre mi labor profesional.										
3. Considero que la PBE mejora la calidad y los resultados de las intervenciones.										
4. Considero que la PBE mejora la calidad y los resultados de las intervenciones.										
5. En el ejercicio profesional, la PBE es una herramienta de ayuda para la toma de decisiones.										
6. La PBE implica obtener resultados más eficientes.										
7. La PBE ayuda a que atendamos de igual forma y con la misma eficacia a las personas.										
8. Considero que los resultados de la investigación tienen importancia para mi práctica diaria.										
9. Aplicar la PBE se encuentra entre mis prioridades profesionales.										
10. Considero motivante aplicar la PBE.										
11. Me interesaría mejorar las competencias necesarias para aplicar la PBE.										
12. Estoy dispuesto a cambiar las rutinas de mi práctica cuando éstas se demuestren inadecuadas.										

## 8.2. Anexo 2

### Hoja de recogida de datos sociodemográficos y laborales

1. Eres:  Mujer  Hombre
2. Edad: \_\_\_\_\_ años.
3. Centro de salud: \_\_\_\_\_
4. Tipo de Consulta:  Consulta enfermería adultos  Pediatría  Matrona  Salud Mental
5. Puesto:  Enfermero/a  Coordinador/a
6. Titulación de mayor nivel académico:  Grado/Diplomatura/Licenciatura  Master  Doctorado
7. Años de experiencia profesional total (si es menos de 1 año, poner 1): \_\_\_\_\_
8. Aproximadamente, ¿cuántos meses al año hay estudiantes de enfermería (de cualquier curso) en tu centro?: \_\_\_\_\_
9. Aproximadamente, ¿cuántos estudiantes de enfermería (de cualquier curso) pasan por tu centro al año?: \_\_\_\_\_
10. ¿Cuál es **tú** nivel de satisfacción laboral? (siendo 1 "Nada satisfecho" y 10 "Muy satisfecho")  

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
11. ¿Con qué frecuencia te sientes emocionalmente agotado/a por tu trabajo"?  
Nunca  
Pocas veces al año o menos  
Una vez al mes o menos  
Unas pocas veces al mes  
Una vez a la semana  
Pocas veces a la semana  
Todos los días
12. Durante una semana habitual, ¿con qué frecuencia puedes hacer un descanso de 20-30 minutos en tu jornada laboral (p. ej. sentarte en sala de descanso, salir a una cafetería,...)?  
Nunca  
Esporádicamente (1-2 días)  
Habitualmente (3-4 días)  
Todos los días
13. ¿Has realizado algún tipo de formación específica en Práctica Basada en la Evidencia? Sí No
14. Durante tu trabajo diario ¿realizas los cuidados de enfermería según la evidencia científica? Sí No  No sé
15. En general, ¿cómo autoevalúas la calidad de tu ejercicio profesional? (Siendo 1 "Mínima" y 10 "Máxima")  

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----