

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFEREMERIA



**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN LA CALIDAD DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS USUARIOS INTERNOS, DE LOS
HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE LA PROVINCIA DE IMBABURA
EN EL PERIODO 2014-2015**

Autores: Chiles Cevallos Diego Fernando

Yamá Chulde Ana Jacqueline


Directora: Msc. Janeth Vaca

Ibarra- Ecuador

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del trabajo de grado, presentado por: Chiles Cevallos Diego Fernando y Yana Chulde Ana Jacqueline, para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe

En la ciudad de Ibarra, a los 11 días del mes de Noviembre de 2015.

DATOS DE CONTACTO		
IDENTIDAD:		
NOMBRES Y APELLIDOS		
		
CALLE		
CANTÓN		
TELÉFONO		
TELÉFONO MÓVIL		
CORREO ELECTRÓNICO		
Msc. Janet Vaca A.		
TÍTULO DE LA OBRAS		
TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS SERVICIOS INTENSIVOS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE LA PROVINCIA DE IBARRA EN EL PERIODO 2014-2015		
AUTORES		
Chiles Diego y Yana Ana		
FECHA		
11-11-2015		
NOMBRE DEL TUTOR		
Msc. Janet Vaca		
PROGRADO DE POSGRADO		
Licenciatura en Enfermería		
Msc. JANET VACA		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003484654 1003502687		
APELLIDOS Y NOMBRES:	CHILES CEVALLOS DIEGO FERNANDO YAMA CHULDE ANA JACQUELINE		
DIRECCIÓN:	IBARRA, BARRIO PUGACHO BAJO IBARRA, BARRIO EL MILAGRO		
EMAIL:	Diego-chiles@outlook.com anitayamac@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	631 274	TELÉFONO MÓVIL:	0991287177 0999464291
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS USUARIOS INTERNOS, DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014-2015		
AUTOR (ES):	Chiles Diego y Yamá Ana		
FECHA:	11-10-2015		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/>		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	MSC. JANET VACA		

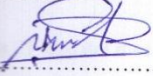
AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **DIEGO FERNANDO CHILES CEVALLOS**, con cédula de identidad Nro. 1003484654 y
yo **ANA JACQUELINE YAMA CHULDE** con cedula de identidad Nro. 1003502687, en
calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito
anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la
Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional
y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar
la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en
concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

CONSTANCIAS

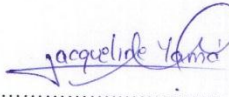
Los autores manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la
desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son los
titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido
de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.
Firma, a los 11 días del mes de Noviembre del 2015

LOS AUTORES:


.....

DIEGO FERNANDO CHILES CEVALLOS

1003484654


.....

ANA JACQUELINE YAMA CHULDE

1003502687



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Nos, **DIEGO FERNANDO CHILES CEVALLOS**, con cédula de identidad Nro. 1003483654 y
ANA JACQUELINE YAMA CHULDE con cedula de identidad Nro. 1003502687,
manifiestamos la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos
patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en
calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: **"TRANSFERENCIA DE
INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A LOS USUARIOS INTERNOS, DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE LA
PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014-2015"**, que ha sido desarrollado para
optar por el título de: LICENCIATURA EN ENFERMERIA en la Universidad Técnica del
Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos
anteriormente. En nuestra condición como autores nos reservamos los derechos morales de la
obra antes citada. En concordancia suscribimos este documento en el momento que hacemos la
entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica
del Norte.

Fecha, a los 11 días del mes de Noviembre de 2015

LOS AUTORES:

DIEGO FERNANDO CHILES CEVALLOS
1003484654

ANA JACQUELINE YAMA CHULDE
1003502687

v

DEDICATORIA

Este trabajo está dirigido a nuestros padres, familiares y personas allegadas, ya que de una u otra forma han velado por nuestro bienestar y nos han apoyado en todo momento. A Dios por brindar día a día la luz, y permitir estar junto a nosotros a nuestras hermanas y en especial a nuestros padres, los cuales han sido el pilar fundamental y nuestro apoyo, personas a las cuales las queremos mucho, que han creído y han depositado su entera confianza en nosotros, a pesar de las circunstancias e inconvenientes que se han presentado a lo largo del camino, quienes han sufrido junto a nosotros las noches de desvelo e incertidumbre, para que podamos formarnos y llegar a ser buenos profesionales.

“ANA y DIEGO”

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar la investigación agradecemos a la “UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE” nuestra academia de formación, a todas aquellas personas que con su apoyo y dedicación lograron que hayamos podido desarrollar nuestro trabajo de investigación.

A cada uno de los hospitales de la provincia y profesionales por su colaboración participación y tiempo brindado.

A nuestra querida tutora Msc., Janet Vaca por su tiempo, paciencia y dedicación ante nuestras inquietudes.

A nuestras familias por su aliento, paciencia, fuerza, comprensión y apoyo brindado a lo largo de toda nuestra carrera.

“ANA y DIEGO”

INDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR----- ii

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE -----	iii
IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA -----	iii
AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD -----	iv
CONSTANCIAS -----	¡Error! Marcador no definido.
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE -----	v
DEDICATORIA -----	vi
AGRADECIMIENTOS -----	vii
INDICE GENERAL -----	vii
Índice de Tablas -----	xiv
Índice de Gráficos -----	xv
RESUMEN -----	xviii
SUMMARY -----	xix
TEMA: -----	xx
INTRODUCCIÓN -----	xxi
CAPÍTULO I -----	1

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION -----	1
1.1 Planteamiento del problema -----	1
1.2 Formulación del problema -----	2
1.3 Justificación -----	3
1.4 Objetivos -----	5
<i>1.4.1 Objetivo General</i> -----	5
<i>1.4.2 Objetivos Específicos</i> -----	5
1.5 Preguntas directrices -----	6
1.6 Hipótesis explicativa -----	6
 CAPITULO II -----	7
2.1 MARCO TEÓRICO -----	7
<i>2.1.1 Antecedentes</i> -----	7
2.2 MARCO CONTEXTUAL -----	9
<i>2.2.1 Hospital San Vicente de Paúl</i> -----	9
<i>2.2.2 Hospital Básico Atuntaqui</i> -----	11
<i>2.2.3 Hospital San Luis de Otavalo</i> -----	13
<i>2.2.4 Hospital “Asdrúbal de la Torre”</i> -----	15

2.3 MARCO CONCEPTUAL -----	17
2.3.1 Investigación y salud -----	17
2.3.2 Investigación científica -----	17
2.3.3 Transferencia de investigación científica -----	18
2.3.4 Práctica clínica basada en la evidencia -----	18
2.3.4.1 Orígenes, definición y fundamentos de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE)-----	18
2.3.4.2 Origen-----	18
2.3.4.3 Medicina Basada en la Evidencia-----	19
2.3.4.5 ¿Qué es la práctica clínica basada en la evidencia/medicina basada en la evidencia?-----	22
2.3.4.6 Lo que es y lo que no es la PCBE-----	23
2.3.4.7 Logros conseguidos por la PCBE-----	23
2.3.4.8 Ventajas para los Médicos y los pacientes de la PCBE-----	24
2.3.5 Gestión del cuidado de enfermería -----	25
2.3.6 Calidad -----	26
2.3.6.1 Dimensiones de la calidad-----	26

2.3.6.2 <i>La calidad en el cuidado de enfermería</i>	28
2.3.7 <i>Gestión de calidad</i>	28
2.3.7.1 <i>Calidad asistencial</i>	29
2.3.7.2 <i>Componentes de la calidad asistencial</i>	30
2.3.7.3 <i>Motivaciones para la mejora de la calidad</i>	31
2.3.7.4 <i>Planificación, evaluación y mejora de la calidad asistencial</i>	32
2.3.7.5 <i>La relación de la calidad con el individuo y la sociedad</i>	32
2.4 MARCO LEGAL	33
2.4.1 <i>El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador</i>	33
2.4.2 <i>Los Derechos como Pilares del Buen Vivir</i>	34
2.4.3 <i>Constitución 2008</i>	34
2.4.4 <i>Ley Orgánica de Salud</i>	36
2.4.5 <i>Plan Nacional de Desarrollo (2006-2015)</i>	36
2.5 Marco Ético	39
2.5.1 <i>Base Legal en Ecuador</i>	39
2.5.2 <i>Principios</i>	40
2.5.2.1 <i>Principios Básicos</i>	41

2.5.2.2 <i>Principios Operacionales</i> -----	42
2.5.3 <i>El consentimiento informado en investigación</i> -----	43
CAPÍTULO III -----	45
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN -----	45
3.1 Tipo y diseño de investigación. -----	45
3.2 Lugar de estudio. -----	45
3.3 Población y muestra -----	45
3.3.1 <i>Universo</i> -----	45
3.3.2 <i>Muestra</i> -----	45
3.4 Criterios de inclusión y exclusión -----	46
3.5 Técnicas e instrumentos -----	46
3.6 Procedimiento -----	47
CAPITULO IV -----	51
4. ANALISIS DE RESULTADOS -----	51
4.1 Resumen del análisis del trabajo-----	51
4.2 Discusión de Resultados.-----	86

4.2.1 Estrategias de PCBE para la Resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales -----	87
4.2.2 Percepción sobre la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) --	89
4.2.3 Competencias profesionales para el desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica-----	90
CAPITULO V -----	92
5.1 Conclusiones. -----	92
5.2 Recomendaciones -----	94
BIBLIOGRAFÍA-----	95
ANEXOS-----	98
1. Glosario de términos -----	98
2. Cuestionario de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia-----	103
3. Propuesta-----	105
3.1 Guía interactiva sobre la búsqueda de información científica. -----	105
3.1.1 Introducción-----	105
3.1.2 Objetivo General -----	106
3.1.3 Objetivos Específicos-----	106

3.1.4 Desarrollo de la guía-----	106
3.1.4.1 DeCS-----	106
3.1.4.2 PubMed-----	111
3.1.4.3 MESH-----	112
3.1.4.4 LILACS-----	113
3.1.4.5 IBECs-----	113
3.1.4.6 Scielo-----	113
3.1.5 Conclusiones-----	114
3.1.6 Recomendaciones-----	114

Índice de Tablas

Tabla T1. Distribución de los cuestionarios por hospitales y profesionales.

Tabla T2. Frecuencias Edad.

Tabla T3. Resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales.

Tabla T4. Estadísticos descriptivos categoría Resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales.

Tabla T5. Correlaciones categoría Resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales.

Tabla T6. Estadísticos descriptivos categoría Percepción de la PCBE.

Tabla T7. Correlaciones categoría Percepción PCBE.

Tabla T8. Competencias profesionales para el desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica.

Tabla T9. Estadísticos descriptivos de las Competencias profesionales para el desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica.

Tabla T10. Asociación de variables sociodemográficas con las Competencias profesionales para el desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica.

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Población, muestra y pérdidas en el estudio.

Gráfico G2 % edad

Gráfico G3. Distribución de las enfermeras por sexo

Gráfico G4. Experiencia profesional de las enfermeras

Gráfico G5. Distribución de la categoría de Resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales

Gráfico G6. Asociación entre años trabajado en la unidad y la definición de una pregunta de búsqueda

Gráfico G7. Asociación entre años trabajado en el hospital y la definición de una pregunta de búsqueda

Gráfico G8. Asociación entre profesión y la definición de una pregunta de búsqueda agrupada

Gráfico G9. Asociación entre profesión y búsqueda de evidencia científica agrupadas

Gráfico G10. Asociación entre profesión e integración de la evidencia en la práctica clínica agrupada

Gráfico G11. % agrupado de la Escala Likert de la carga de trabajo y la evidencia científica

Gráfico G12. % agrupado de la Escala Likert del cuestionamiento de la práctica clínica

Gráfico G13. % agrupado de la Escala Likert del fundamento de la PCBE

Gráfico G14. % agrupado de la Escala Likert de los cambios en la práctica por la evidencia científica.

Gráfico G15. Distribución agrupada de porcentajes de la categoría Competencias profesionales para el desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica

TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS USUARIOS INTERNOS, DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014-2015.

RESUMEN

Autores: Diego Fernando Chiles Cevallos

Ana Jacqueline Yamá Chulde

Directora de Tesis: Msc. Janeth Vaca

La transferencia de investigación científica en el personal sanitario, consiste en adaptar, aplicar y difundir la información de una actividad que genera nuevo conocimiento e incrementa la evidencia de la práctica clínica. La práctica clínica basada en la evidencia consiste en la aplicación de la mejor evidencia científica posible para el conocimiento y la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes, y mejorar la atención de salud. El estudio pretende evaluar la transferencia de la información científica, en la calidad de atención de enfermería a los usuarios internos de los hospitales de segundo nivel de la Provincia de Imbabura, definiendo como se encuentran las habilidades en la búsqueda de información científica, e identificando las lagunas de conocimiento y las barreras para la aplicación de la investigación basada en la evidencia. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, mediante el Cuestionario de la Práctica Clínica Basado en la Evidencia, aplicado al personal médico y de enfermería que aceptó mediante el consentimiento informado participar en el estudio. Los resultados de este estudio ponen en manifiesto que los factores analizados de actitudes, conocimientos y habilidades influyen en la percepción y aplicación de la PCBE, pese a estos resultados el personal sanitario muestra actitudes positivas hacia la PCBE y su uso para la toma de decisiones, para lo cual se propone una guía interactiva sobre la búsqueda de información científica, mediante el uso de operadores lógicos, aplicado en las bases de datos de la biblioteca virtual.

PALABRAS CLAVE: enfermería basada en evidencia, calidad de atención, práctica clínica basada en la evidencia.

**TRANSFER OF SCIENTIFIC INFORMATION IN THE QUALITY OF NURSING
INTERNAL USERS, HOSPITALS SECOND LEVEL IMBABURA PROVINCE IN
THE PERIOD 2014-2015**

SUMMARY

Authors: Diego Fernando Chiles Cevallos

Ana Jacqueline Yamá Chulde

Thesis director: Msc. Janet Vaca

The transfer of scientific research in the health workforce is to adapt, implement and disseminate information on an activity that generates new knowledge and increase the evidence for clinical practice. Clinical evidence-based practice is the application of the best evidence for understanding and making decisions about patient care, and improves health care. The study aims to assess the transfer of scientific information, the quality of nursing care for internal users of secondary hospitals in the province of Imbabura, are defined as the skills in finding scientific information, and identifying knowledge gaps and barriers to the implementation of evidence-based research. A field study was conducted with quantitative approach, descriptive, prospective cross-section through the Questionnaire of Clinical Practice Based on the evidence, applied to medical and nursing staffs who accept by informed consent to participate in the study. The results of this study show that the factors analyzed manifest attitudes, knowledge and skills influence the perception and application of PCBE, despite these results the health workers shows positive attitudes toward PCBE and its use for decision-making, for which an interactive guide on the search of scientific information is proposed by using logical operators applied to the databases of the virtual library.

KEYWORDS: evidence -based nursing, quality of care, clinical practice based on evidence.

TEMA:

**TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN LA CALIDAD DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS USUARIOS INTERNOS, DE LOS
HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL
PERIODO 2014-2015.**

INTRODUCCIÓN

La calidad de la gestión del cuidado expresa su excelencia en la medida en que la práctica clínica base su accionar en la investigación pero al mismo tiempo la valide con el objeto de crear un cuerpo único de conocimientos, que ofrezca resultados aplicables y pertinentes que mejoren la calidad de prestación de los servicios de salud, que incrementen la satisfacción de los usuarios y que viabilice la formulación de políticas en salud.

La rápida evolución del conocimiento científico en salud y la inclusión de nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, requiere de profesionales con habilidades para analizar la información basada en la evidencia y transferir el conocimiento a su práctica clínica, el cual exige búsqueda sistemática, a través de la investigación, es decir, el uso de la tecnología de la información y comunicación (Tics), para mejorar sus habilidades y competencias.

Es necesario conocer los factores que intervienen en que la enfermera lleve a cabo la toma de decisiones en la práctica diaria, mediante el uso de la mejor evidencia posible para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería a nivel hospitalario, mejorando la gestión en los recursos y una efectividad clínica según cómo avanza la tecnología y la ciencia, encaminado a las necesidades de los pacientes.

El estudio se realizó en los centros de segundo nivel de atención del ministerio de salud pública del Ecuador de la provincia de Imbabura, con el fin de evaluar la transferencia de información científica en la calidad de atención de enfermería a los médicos y profesionales de enfermería, para mejorar la calidad de atención en salud, identificando los obstáculos para implementar la práctica clínica basada en evidencia mediante el cuestionario EBPQ.

Dentro del marco de análisis, se investiga como los profesionales sanitarios se encuentran en cuanto a las prácticas, aptitudes y conocimientos, habilidades y competencias en la investigación científica basada en la evidencia. Esta investigación, está desarrollada en cinco capítulos. El capítulo I trata sobre el problema a investigar en el contexto de la ciencia, descripción, justificación, objetivos y preguntas de investigación; el capítulo II corresponde al Marco Teórico; señalando los antecedentes investigativos, marco contextual, marco conceptual, marco legal y marco ético; el capítulo III, enfoca la Metodología, tipo y diseño de la investigación, población, técnicas e instrumentos y categorización de resultados; en el capítulo IV, análisis e interpretación de resultados, cuadros semánticos y de análisis de autores; en el capítulo V, conclusiones y recomendaciones y finalmente bibliografía y anexos. La propuesta es una guía interactiva enfocada a implementar la investigación científica con el uso de conectores lógicos (booleanos), para aplicar en la práctica clínica y sirva como fuente de mejora de la calidad de atención.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Planteamiento del problema

En los últimos años, ha crecido el interés en la investigación científica por parte de los profesionales de Enfermería incrementando su producción científica, sin embargo las barreras de tipo organizacional por falta de orientación y conciencia de la importancia de la investigación seguida por la escasa referencia y lectura de artículos en inglés muestra como resultado la falta de investigaciones propias que se evidencia en la literatura, que señala que las investigaciones publicadas por Enfermería siguen siendo escasas. (Raya, 2011).

En la actualidad la investigación en Enfermería es importante para el desarrollo de la evidencia científica, que se ve inmerso en la calidad en las nuevas necesidades del cuidado de los usuarios y de la sociedad, al mismo tiempo el uso de la investigación permite obtener información y generar conocimientos propios necesarios para tomar decisiones y resolver problemas de la práctica. (Orellana, 2011).

La necesidad de investigar en enfermería ha permitido que los conceptos y el lenguaje de la práctica basada en la evidencia estén empezando a emerger en los diversos contextos de esta disciplina. Sin embargo, en América Latina poco se sabe aún sobre su naturaleza, sus etapas, y sus implicaciones. Esta investigación pretende actualizar la literatura sobre qué es la Enfermería Basada en la Evidencia y apoyar su práctica y su enseñanza. (Medina, 2010).

La investigación crea nuevos conocimientos cuyos resultados se trasladan a la sociedad contribuyendo a mejorar su calidad de vida probando teorías y experimentando nuevos

cuidados, técnicas y procedimientos basados en la evidencia lo cual permite el desarrollo de la disciplina de la profesión.

1.2 Formulación del problema

La revisión de literatura científica y la problemática actual y local demuestra que la información de la efectividad clínica está relacionada al porcentaje de aplicación de la práctica clínica basada en la evidencia. Con lo expuesto anteriormente se creyó conveniente realizar una pregunta de investigación:

¿Cómo se encuentra el nivel de la transferencia de información científica en los médicos y profesionales de enfermería, de los 4 hospitales de la Provincia de Imbabura?

1.3 Justificación

Este estudio será realizado para determinar como la transferencia de la información científica, permite al profesional mantenerse actualizado mediante bases de datos electrónicas y revistas en salud como SCIELO, PUBMED, LILACS, entre otros, las cuales permite el descubrimiento y desarrollo de nuevas técnicas, métodos y tratamientos para los pacientes para brindar atención adecuada e individualizada, esto nos permite darnos cuenta de la gran importancia de la investigación en enfermería, sin duda un gran beneficio o aporte para todos los miembros de la sociedad actual, ante una posibilidad de mejora de la salud, la calidad de vida y el trato que le brindamos a nuestros pacientes.

La transferencia de información científica influye en la calidad percibida de la atención de enfermería, mediante información y opiniones sobre el uso de la práctica basada en la evidencia entre los profesionales sanitarios, realizando así las mejoras necesarias en cada servicio de la unidad, tomando en cuenta la atención brindada en los pacientes que esperan una solución a sus problemas y básicamente ponen su vida en sus manos confiando en la capacidad para que los puedan ayudar, cumpliendo las demandas del paciente y que este quede satisfecho.

Debido al proceso que viven en la actualidad los hospitales de la provincia de Imbabura en miras a la acreditación por instituciones extranjeras, como es la acreditación Canadá se ve necesario contar con un estudio que evidencie la transferencia de información científica. La falta de estudios a nivel nacional y local no colabora a determinar como la falta de aplicación de la evidencia científica sustentada en la investigación, mejora la práctica asistencial.

Diversos estudios de una práctica sustentada en la investigación y el conocimiento mejora sustancialmente la práctica clínica como el de Cabrero señala que "Existe suficiente

evidencia de que los hallazgos de la investigación son inadecuadamente diseminados, así como que los datos relevantes, producto de investigaciones no son utilizados en la práctica. La Enfermería en Ecuador se caracteriza por esas mismas particularidades y comportamientos respecto de la investigación, de modo que su desarrollo como disciplina es muy pobre. (Cabrero, 2010)

Lo que se pretende con este estudio que sea un aporte de consulta y referencia para el país, enfocado a ser un Plan de mejoras para la Acreditación en salud, y la acreditación de los hospitales, para mejorar la calidad de atención en los Hospitales de segundo nivel de Imbabura, y permita estar a la vanguardia de las demandas del entorno.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Evaluar la transferencia de la información científica, en la calidad de atención de enfermería a los usuarios internos de los hospitales de segundo nivel de la Provincia de Imbabura durante el periodo 2014-2015.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las características del personal sanitario (médicos, enfermería).
2. Definir las habilidades en la búsqueda de información científica en los médicos y profesionales de enfermería.
3. Identificar las lagunas de conocimiento y las barreras en la aplicación de la búsqueda de información científica en los médicos y profesionales de enfermería.
4. Proponer una guía interactiva sobre búsqueda de información científica en salud.

1.5 Preguntas directrices

1. ¿Cuáles serán las características predominantes del personal sanitario?
2. ¿Cuáles son las habilidades en la búsqueda de información científica en los médicos y profesionales de enfermería?
3. ¿Cuáles serán las principales barreras que limitan en la aplicación de la búsqueda de información científica en los médicos y personal de enfermería?
4. ¿Cómo lograría cambiar la práctica clínica con el uso de una guía de búsqueda de información científica?

1.6 Hipótesis explicativa

La opinión que tienen las enfermeras sobre aquellos aspectos de la estructura organizacional, así como la percepción que tienen de sus propias competencias y capacidades son factores decisivos para desarrollar una cultura clínica basada en la transferencia de nuevos conocimientos a los cuidados.

1.7 Hipótesis nula

La actual estructura organizacional así como las actitudes, competencias y motivaciones de los profesionales de enfermería, no son los adecuados para desarrollar una práctica clínica basada en la evidencia y que disponemos de los medios instrumentales adecuados, para identificar aquellos elementos que podrían condicionar y facilitar la misma.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes

En el análisis de la literatura científica se encuentran autores destacados como (Pio, 2011), que nos menciona que uno de los principios básicos de la práctica médica y de enfermería es el conocimiento actualizado, el cual influye directamente en nuestro desempeño y en la evolución de los pacientes. Lamentablemente nuestros conocimientos se deterioran con el tiempo, cualquier profesional de la salud en ejercicio sabe que las necesidades de información para la práctica adecuada son muy grandes y superan su tiempo disponible.

(Martinez, 2010), menciona en estudios realizados en España, Australia e Irlanda del Norte, que se pudieron identificar otros problemas significativos que limitan el uso de la evidencia en la práctica del cuidado y de los cuales no se han encontrado referencia alguna en la literatura consultada en la región de las Américas y que han de ser tenidos en cuenta porque no son ajenos a la realidad en la que se desarrolla la actividad del profesional de Enfermería del área y algunas de ellas son: el insuficiente tiempo de las enfermeras para implementar nuevas ideas en su trabajo, no se sienten con la suficiente autoridad y autonomía para cambiar cuidados derivados de la investigación, insuficiente tiempo para leer investigaciones agravado con la sobrecarga de trabajo, los directivos no favorecen la puesta en práctica de los resultados de la investigación o no apoyan su introducción en la práctica.

Del mismo modo, (Passalenti, 2010) 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 nuestra disciplina, deteriorando los conocimientos y la práctica clínica, además de la falta de confianza por parte de las enfermeras para publica sus investigaciones.

La investigación en Enfermería es un pilar valioso en cuanto al desarrollo disciplinar; no obstante en América Latina la investigación con frecuencia suele responder a intereses personales y son reducidos los grupos poblacionales que se benefician con los resultados que arrojan tales trabajos, a lo que se aúna que los efectos no siempre se publican; por ende, la práctica de Enfermería genera un escaso impacto. (Rojas, Investigación en Enfermería, 2011)

En nuestro país, en la actualidad la investigación en la búsqueda de información científica es de vital importancia para el desarrollo de las habilidades y competencias para investigar en los espacios universitarios, donde generalmente ocurren las primeras aproximaciones al mundo de la ciencia. La actividad científica estudiantil es el primer acercamiento al mundo de la ciencia, la innovación y la potencial transformación de la realidad que percibe el futuro profesional durante su formación. (Raya, 2011)

2.2 MARCO CONTEXTUAL

El proyecto de investigación ha sido realizado en los cuatro hospitales de segundo nivel de atención de la provincia de Imbabura, a continuación una breve descripción de cada uno de los hospitales:



2.2.1 Hospital San Vicente de Paúl

Antecedentes: Este es un hospital provincial catalogado como tipo II que funciona como hospital regional de la zona Norte del país; su área de influencia va desde el Norte de Pichincha, Imbabura, Carchi, Esmeraldas, Sucumbíos y sur de Colombia. A raíz de la batalla de Ibarra en 1823 las huestes del Corl. Agualongo jaquean la capilla del hospital, llevándose los utensilios de plata de la misma, las tropas de Agualongo luego fueron derrotadas por el mismo Bolívar, a orillas del Tahuando.

En la madrugada de 1868, Ibarra y sus comarcas fueron destruidas por un terrible terremoto, por el Dr. Gabriel García Moreno, es reconstruida la Ciudad de Ibarra, cuyos habitantes volvieron a sus solares desde la esperanza, y el Hospital de Ibarra es reconstruido

bajo los planos del hermano Benito Aulin de las escuelas cristianas, como HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, edificio considerado en su época como uno de los mejores de América. En 1979, se conversa del nuevo edificio del Hospital entre los legisladores y autoridades del Hospital de esa época, después de largas liberaciones y entrevistas con el MSP y el presidente de la república, se le entrega la construcción y equipamiento a una firma italiana.

Misión: Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del ministerio de salud pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

Visión: Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

Servicios que ofrece: Es un Hospital de segundo nivel, que brinda atención de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Cuenta con los servicios y áreas de una casa de salud moderna que tiene funciones de primer nivel como es la atención materno infantil gratuita, atención primaria en salud, actividades de segundo nivel con atención en las especialidades básicas: Pediatría, Medicina Interna, Gineceo-obstetricia, Traumatología-Ortopedia y Cirugía (Cirugía General, Cirugía Plástica, Urología, ORL, Oftalmología); otras especialidades como neurología, gastroenterología, alergología, nefrología, urología, psiquiatría, psicología clínica, además atención de tercer nivel con Unidad de Cuidados

Intensivos y Neonatología. El Hospital cuenta con servicios de apoyo como Laboratorio, Imagenología, Banco de Sangre, Rehabilitación y Odontología.

Población atendida: de la provincia de Imbabura, Carchi, Pichincha, Esmeraldas y Extranjeros que se expone: Pacientes: 12.354 es 100%

Personal que labora: El personal que labora en la institución son 127 profesionales aproximadamente, entre personal médico y de enfermería.

2.2.2 Hospital Básico Atuntaqui

Antecedentes: Por iniciativa del Dr. Luis Aguinaga, en el año 1944 se inicia la construcción de la que entonces se llamó Casa de Salud, cuyo objetivo era brindar atención a la población no afiliada al Seguro Social de Antonio Ante. Se formó el comité de construcción "Casa de Salud" presidido por el Sr. Otto Seifert y se contó con apoyo de la municipalidad y de la propia población, pero por falta de fondos se suspendió.

Pasaron aproximadamente 20 años para que entre en funcionamiento la "Casa de Salud de Atuntaqui" en el año de 1965; ante el incremento de la demanda, desde el 9 de mayo de 1974 el Ministerio de Salud Pública inicia la construcción del actual local, en un terreno donado por la Familia Zumárraga. La obra concluye y se inaugura el 9 de mayo de 1975, siendo presidente de la República del Ecuador, Gral. Guillermo Rodríguez Lara, y Ministro de Salud Dr. Raúl Maldonado.

Misión: Ejercer como Autoridad Sanitaria Nacional, la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza, vigilancia de la salud pública, provisión de servicios de atención integral,

prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología y la articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la salud.

Visión: Será la institución que ejerce plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

Servicios que ofrece: servicios de Emergencia, Consulta Externa, Medicina Interna, Cirugía general, Traumatología, Pediatría, Gineco-obstetricia, Fisiatría. Hospitalización: Medicina Interna, Cirugía general, Traumatología, Pediatría, Gineco-obstetricia.

Servicios de apoyo Laboratorio Clínico: Hematología, Uro análisis, Coprológico, Química sanguínea, Serológico, Bacteriológico, Imogeneologia (ecografía), Quirófano, Gineco-obstetricia, Traumatología, Cirugía general, Sala de partos.

Población atendida: la población atendida en 49849, población comprendida en personas de todas las etapas etarias: niños, adolescentes, jóvenes, mujeres en edad fértil, adultos jóvenes, adultos mayores.

Personal que labora: El personal que labora en la unidad de salud son: 60 profesionales aproximadamente entre; médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, laboratoristas, personal de limpieza.

2.2.3 Hospital San Luis de Otavalo

Antecedentes: En 1923 por iniciativa de una monja, de nombre Lucia Sornear, Superiora del Colegio Inmaculada se organiza, “La liga de la caridad Pro Hospital de Otavalo” el trabajo realizado por largo años, tiene como resultado la adquisición de un lote de terreno, que es parte de la actual del Hospital. Se inaugura el 6 de septiembre de 1953.

Con la creación del MSP, la dictadura militar Rodríguez Lar, Junta Militar de Gobierno en sus planes de gobierno respecto a Salud dio impulso a la construcción de unidades pequeñas y de mediana complejidad entre las que se contó el Hospital de Otavalo.

Las propuestas políticas en materia de salud en el período del Ing. Febres Cordero de fortalecer la infraestructuras hospitalarias como base para la atención, contribuyo para que el Hospital sea considerado para la ampliación y remodelación en las áreas críticas que consideraron desde el nivel central. Se inaugura las nuevas instalaciones el 7 de marzo de 1987.

Misión: El Hospital San Luis de Otavalo está integrado a la red de salud pública, y su misión debe estar relacionada con la misión del MSP de manera que estén articuladas.

En este caso el Hospital San Luis de Otavalo ejecuta las políticas emanadas del MSP, su razón de ser es brindar servicios de salud al Distrito de salud Otavalo-Antonio Ante. La misión debe incluir características que identifiquen el propósito, la responsabilidad con la comunidad, valores, cultura organizacional, interculturalidad, inclusión, género.

Visión: El Hospital San Luis de Otavalo, presta servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia

e investigación conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red en el marco de la justicia y equidad social.

Servicios que oferta: La oferta actual de servicios está centrada en Atención integral preventiva y curativas en los diferentes servicios de salud como son, Emergencia, Consulta externa con los servicios de, Cirugía General (Traumatología), Gineco- Obstetricia, Pediatría, (Neonatología), Psicología, Medicina Interna, (Psiquiatría) ,Cardiología. Nutrición, Estomatología, los Auxiliares de Diagnóstico Rayos X, Ecografía, Laboratorio, Rehabilitación, Farmacia.

El Servicio de Hospitalización con las especialidades de Cirugía (Traumatología), Pediatría, Gineco-Obstetricia y Medicina Interna los mismos que cuentan con una dotación normal de camas distribuidas en los diferentes servicios:

Población atendida: La afluencia de usuarios es de 56.286 es la población comprendida entre: niños, adolescentes, jóvenes, mujeres en edad fértil, adultos jóvenes, adultos mayores.

Personal que labora: Entre médicos especialistas, generales, enfermeras, tecnólogos médicos, odontólogos, químicos farmacéuticos, psicólogos clínicos, auxiliares de enfermería entre otros suma un total de 164 trabajadores en el hospital.

2.2.4 Hospital “Asdrúbal de la Torre”

Antecedentes: En el año 1.961 por expresa gestión del Municipio del Cantón Cotacachi, los señores José Antonio Baquero de la Calle y José Gómez de la Torre, Ministro y Subsecretario de Previsión Social y Sanidad, respectivamente, resolvieron crear un Centro de Salud Unificado como medio de mejorar las condiciones sanitarias y reducir los índices de morbi-mortalidad infantil y general de la población de Cotacachi.

Desde esa fecha hasta 1.977 funcionó el Centro de Salud de Cotacachi en un local de propiedad del Municipio frente al Parque Olmedo, en el año 1.971 se crea la necesidad de construir una infraestructura acorde con las necesidades de Cotacachi, inmediatamente y un tiempo corto emprendió la construcción y terminación de lo que actualmente es el Centro de Salud Hospital que lleva el nombre del Dr. Asdrúbal de la Torre Morán, es así como el 6 de Julio de 1.977 en una ceremonia se procede a la inauguración de esta Casa de Salud al servicio del Cantón, dos años más tarde esto es en el año 1.979 se complementaba la que actualmente es la infraestructura.

Misión: El Hospital Asdrúbal de la Torre es una unidad del Ministerio de Salud Pública, que brinda servicios de salud a la población del Cantón Cotacachi y de la Provincia de Imbabura, con talento humano capacitado, etnia, género, orientación sexual, nacionalidad, preferencia política, estatus económico y social, con acciones de fomento, protección, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, a través del continuo de atención según ciclos de vida, priorizando grupos vulnerables y

discapacitados, con calidad, calidez, eficiencia, equidad y solidaridad; en el marco del nuevo modelo de atención: fortaleciendo la atención primaria, la intercultural y respetando los saberes ancestrales, con una amplia participación comunitaria y control social; articulado a través del sistema de referencia y contra referencia.

Visión: Para el año 2015 seremos un Hospital docente, un centro de investigación científica y modelo de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la prestación de servicios, con infraestructura funcional, segura, con capacidad suficiente para su nivel de complejidad, con talento humano suficiente y capacitado, con equipamiento de alta tecnología; con servicios con adaptación cultural, encargado de proteger la salud con procedimientos basados en evidencia científica y manejo de protocolos de atención, que asegure la calidad y calidez de la atención.

Servicios que oferta: Servicios por Especialidad: Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Cirugía General. Servicio Medicina General, Servicio de Atención Diferenciada del Adolescente, Servicio de Atención al Adulto Mayor, Notificación Epidemiológica.

Servicios complementarios: Nutrición y Dietética, Trabajo Social, Farmacia, Laboratorio Clínico: Imagenología - Rayos X, Ecografía Obstétrica, Monitorización Fetal Electrónica, Electrocardiografía.

Población atendida: el personal médico, enfermería y obstetricia brindó atención a 31.447 pacientes en consulta externa.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Investigación y salud

La investigación nos ayuda a la organización del sistema sanitario, la efectividad de los procedimientos sanitarios y el comportamiento de los pacientes. Investigar es elaborar una respuesta racional y objetiva frente a la incertidumbre. Lo que se pretende es construir modelos explicativos de la estructura de las cosas con la evidencia científica.

Estudios realizados en muchos países demuestran la importancia que para mejorar la atención sanitaria acuden a investigaciones científicas nacionales y mundiales, investigaciones que van de la prevención y el control de enfermedades específicas, hasta la mejora del funcionamiento de los sistemas de salud. Gracias a la colaboración internacional, el número de investigaciones sanitarias ha aumentado, de esta manera la OMS alienta a los gobiernos nacionales a invertir no solo en investigación, sino más bien en el intercambio de información y datos, con el fin de afianzar y fortalecer la formación en investigación (OMS, 2013).

2.3.2 Investigación científica

La información que resultará será de carácter relevante y fidedigna (digna de crédito), pero no podrá decirse que es absolutamente verdadera: la ciencia apunta a descubrir nuevos conocimientos, pero también a reformular los existentes, de acuerdo con los avances en la técnica, la tecnología y el pensamiento. (Anónimo, 2013)

2.3.3 Transferencia de investigación científica

Lizardo Carvajal en su libro titulado *Investigación científica y transferencia de información* en el año 2013; menciona que habrá mejor transferencia de información en la medida en que la investigación genere nuevos datos para ser transferidos.

Así mismo, podemos concluir que todo trabajo de investigación lleva inherente una labor de transferencia de información. No toda transferencia de información implica investigación (Lizardo, 2013).

2.3.4 Práctica clínica basada en la evidencia

2.3.4.1 Orígenes, definición y fundamentos de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE)

Dentro de los servicios profesionales de la enfermera se encuentran la promoción, manutención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente (Sánchez J, 2010).

2.3.4.2 Origen

Atendiendo a un orden histórico, la Medicina Basada en la Evidencia (en adelante MBE) surge conceptualmente en el Reino Unido a manos del epidemiólogo Archibald Cochrane. Cochrane consideraba que si bien la gratuidad y universalidad eran la piedra angular del sistema nacional de salud británico, el excesivo gasto sanitario podía poner en peligro el mantenimiento del sistema (Sánchez J, 2010)

Estos intereses confluyeron para que Cochrane creyera necesario justificar la eficacia de las intervenciones que formasen parte de las prestaciones del sistema sanitario público, dada la limitación de recursos. De ahí partió su propuesta de utilizar los ensayos clínicos controlados, como base en la toma de decisiones clínicas. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios” en el cual denunciaba que los médicos no utilizaban los resultados de la investigación en las decisiones a tomar en la práctica clínica (Sánchez J, 2010)

Al comenzar los años 90, Guyatt acuñó el término Medicina Basada en la Evidencia, al publicar un artículo con este mismo título en JAMA. En este escrito el autor planteaba un cambio de perspectiva, un nuevo paradigma en el ámbito de la medicina, que basaba el avance de esta ciencia en la investigación clínica, superando al modelo tradicional basado en el conocimiento empírico (Sánchez J, 2010).

El movimiento iniciado por Cochrane cristalizó tiempo después, en 1992, en la Colaboración Cochrane, una organización internacional independiente, sin ánimo de lucro, establecida en el Reino Unido, cuyo principal objetivo en la actualidad, es asegurar que exista información rigurosa, periódicamente actualizada y disponible para todo el mundo sobre los efectos de las intervenciones sanitarias. Para ello, produce y divulga revisiones sistemáticas de intervenciones sanitarias y promueve la búsqueda de evidencias en forma de ensayos clínicos y otros estudios confiables que estudian los efectos dichas intervenciones. (Sánchez J, 2010).

2.3.4.3 Medicina Basada en la Evidencia

El término Medicina Basada en la Evidencia se usó por primera vez en 1991 por Guyatt y se aceptó desde el primer momento como una alternativa válida y científica para sintetizar el conocimiento y así transmitir los resultados de la investigación clínica de forma más eficiente.

La novedad residía en su forma de entender la medicina y, por ello, se difundió a toda la profesión médica. A pesar del éxito, se necesitaron cinco años para que se elaborase una definición de Medicina Basada en la Evidencia que lograra una difusión importante. (Gálvez Toro, 2005)

La Enfermería Basada en la Evidencia Como hemos visto anteriormente, los años 70 se caracterizaron por el deseo de incluir el uso de los resultados de investigación en la práctica clínica. La disciplina enfermera, al igual que otras profesiones, fue arrastrada por esos procesos de cambio. Canadá, Estados Unidos y Reino Unido son los países que han alcanzado un mayor desarrollo en la investigación enfermera. Inicialmente se trasladó el significado de la Medicina Basada en la Evidencia a la Enfermería Basada en la Evidencia (en adelante EBE). (Gálvez Toro, 2005)

De hecho, la mejor evidencia para la MBE procede de un ensayo clínico, mientras que en enfermería los abordajes experimentales no son mayoritarios. Por ello, la EBE se aproxima desde un posicionamiento intermedio cogiendo únicamente aquellos aspectos del modelo médico que le pueden aportar una mejor práctica como disciplina psicosocial pero sin perder de vista su especificidad y su objeto de estudio, la persona y sus cuidados, que requieren de otros enfoques teóricos.

La EBE se diferencia de la MBE en que incorpora también las investigaciones de tipo cualitativo y no queda reducida como ésta a la investigación cuantitativa basada en ensayos clínicos y revisiones sistemáticas y meta análisis. Se plantea la EBE como el interés de los profesionales enfermeros por conocer el grado de certeza o incertidumbre en que se basan los

cuidados que prestan a su población y en qué medida las nuevas investigaciones de calidad pueden incrementar la evidencia de la práctica clínica enfermera. (Gálvez Toro, 2005)

En su origen la EBE partió del ámbito académico creándose en la Universidad de York en el Reino Unido el primer centro de EBE que pretendía unir la investigación y las necesidades de la práctica. No obstante, no fue hasta 1997 cuando se celebraron en el Reino Unido las primeras conferencias sobre Enfermería Basada en la Evidencia y seguidamente, en 1998, se inició la publicación de la revista Evidence Based Nursing que hace difusión de las mejores aportaciones de revisión y que supuso un gran incremento de los documentos que aparecen indexados en la base de datos de CINALH sobre Enfermería Basada en la Evidencia. (Gálvez Toro, 2005)

En España, en el año 2002, se celebró en Granada la primera Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia, que fue el foro en el que se adoptó una definición propia más inclusiva: “La EBE es 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 visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico” (Sánchez J, 2010).

Así, la Enfermería Basada en la Evidencia se puede definir 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. Se trata, por tanto, de una investigación secundaria sobre estudios originales

cuantitativos y cualitativos de calidad, pertinentes y útiles para nuestra disciplina que puede proceder de otras áreas de conocimiento como la psicología, la antropología o la sociología. (Eterovic Díaz C, 2011)

2.3.4.5 ¿Qué es la práctica clínica basada en la evidencia/medicina basada en la evidencia?

La necesidad de sistematizar la revisión de la literatura científica para extraer conclusiones válidas, la falta de adecuación de las fuentes tradicionales de conocimiento, sumadas a la escasez de tiempo e imposibilidad del profesional de la salud a mantenerse actualizado en su campo de actuación están en el origen de un movimiento, que surge desde los profesionales clínicos y que trata de incorporar a la toma de decisiones los hallazgos más válidos derivados de los estudios clínicos y epidemiológicos.

Sacket definió la MBE como «La utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales». De acuerdo a los que proponen el término y le otorgan una importancia esencial, su práctica implica la integración de la experiencia clínica profesional, de las mejores evidencias científicas disponibles y con los valores y circunstancias únicas de nuestros pacientes³. Y hacerlo con un espíritu abierto de curiosidad y de escepticismo, extrayendo de la literatura científica las conclusiones más sólidas y contrastándolas con algunas prácticas tradicionales de la medicina, basadas en principios de autoridad de líderes académicos o científicos. (Álvarez, 2010).

Posteriormente, este enfoque, este procedimiento de trabajo y de aproximarse al conocimiento científico para ser aplicado a los pacientes, se ha ampliado y aplicado a otras

disciplinas, siendo el término de Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) más global y abarcando a diferentes profesionales de la salud (Álvarez, 2010).

2.3.4.6 Lo que es y lo que no es la PCBE

Se puede afirmar sobre la PCBE que:

- No es algo imposible de practicar. Se trata de algo muy factible para ser realizada de forma cotidiana, hay experiencias de ello en diversas áreas de conocimiento (Atención Primaria, Psiquiatría, entre otros) y no está reservada a los centros de tercer nivel.
- No es un libro de cocina sobre medicina. No aporta recetas ni soluciones para todo.
- No es un caballo troyano que se introduce en el quehacer del profesional médico y le va a restar autonomía, sino un elemento más en la toma de decisiones con orientaciones explícitas. Es necesario relativizar lo que venga avalado por la evidencia, sin perder por ello la capacidad crítica.
- No trata de reducir los costes sino de buscar la mayor calidad en la atención individual. Los profesionales sanitarios que tratan de ejercer la PCBE no buscan una medicina barata, sino de calidad.
- No está restringida solo a los meta análisis y a los ensayos clínicos para orientar decisiones terapéuticas. Permite también analizar la evidencia sobre otros aspectos como el diagnóstico o la etiología.

2.3.4.7 Logros conseguidos por la PCBE

Las nuevas tecnologías y la aparición de Internet han revolucionado el acceso a la información y han transformado las bibliotecas de ciencias de la salud. El desarrollo de la medicina basada en la evidencia ha propiciado la aparición de nuevas fuentes de información que filtran y evalúan

la investigación original en función de su calidad, relevancia y pertinencia clínica (Sánchez J, 2010).

La colaboración Cochrane, con más de 4.750 revisiones sistemáticas realizadas, ha tenido una expansión considerable desde sus comienzos. Hay revistas que publican de forma periódica una evaluación crítica a la PCBE e incluso se han publicado libros de texto que analizan desde la perspectiva de la sociología, la historia, la repercusión y las críticas de la epidemiología clínica y de la MBE (Sánchez J, 2010).

2.3.4.8 Ventajas para los Médicos y los pacientes de la PCBE

Son numerosas las ventajas que se han señalado para profesionales sanitarios y pacientes por la práctica de la PCBE y que resumimos:

Ventajas para los profesionales sanitarios:

- Facilita la integración de la educación médica con la práctica clínica y permite la actualización de conocimientos de forma rutinaria.
- Puede ser aprendida y practicada por los profesionales en cualquier nivel de su formación.
- El uso de la evidencia legitima a los clínicos. Mejora la comprensión de la metodología científica y el paso de meros lectores pasivos de artículos o libros médicos a realizar una lectura crítica que permita la elección de aquellos artículos metodológicamente correctos.
- Incrementa la confianza en las decisiones, que se toman tanto en el aspecto clínico como en el ámbito de la gestión sanitaria, reduciendo la incertidumbre en las decisiones del día a día.

- Aumenta la capacidad para utilizar fuentes de información bibliográfica y sus hábitos de lectura; así como las posibilidades actuales de búsqueda de información con las nuevas tecnologías de la información y comunicación.
- Facilita un marco de trabajo y discusión en equipo que permite reforzar la cohesión de los mismos.

Ventajas para los pacientes:

- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica.
- Acceso a las prestaciones más eficaces.
- Ofrece una oportunidad de comunicación adicional y operativa con sus médicos al objetivar los pros y los contras de cada opción diagnóstica y/o terapéutica y vehicular su participación real en la toma de decisiones que le afecten.

2.3.5 Gestión del cuidado de enfermería

La Gestión del Cuidado de enfermería será entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina: la ciencia del cuidar. Esta se define “como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución”.

Por lo tanto, su fin último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad y que considere la mejor administración de los recursos, los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto. (Rodríguez, 2011)

La «Gestión del Cuidado de Enfermería» se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud. (Samper, 2010)

2.3.6 Calidad

Para (Donabedian, 1980), calidad es la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente así como las capacidades y limitaciones de recurso de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes. Para diversos profesionales de la salud, la calidad de atención se fundamenta en la relación de un diagnóstico adecuado para cada paciente, en la administración de un tratamiento idóneo para restablecer la salud.

2.3.6.1 Dimensiones de la calidad

Dimensión Interpersonal: Se refiere a la interacción social entre el usuario y el prestador de servicios que involucra una actitud de atención e interés por servir al y cordialidad mutua. Algunos autores distinguen la responsabilidad de actuación, imparcialidad en las decisiones, veracidad de información, claridad de lenguaje y la discreción absoluta como factores que contribuyen a que dicha relación sea satisfactoria.

- Dimensión Infraestructura: Involucra las características del lugar en que se proporciona el servicio incluye las condiciones físicas, de limpieza, iluminación y ventilación mínimas necesarias para que el usuario se sienta en un ambiente cómodo y privado.

- Dimensión Técnica: Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de tal manera que rinda el máximo de beneficios para la salud del usuario, con un mínimo de riesgos. Es decir, que la enfermera cuente con los conocimientos y habilidades que le permitan brindar los cuidados, en forma oportuna, continua y libre de riesgos de acuerdo a las necesidades del usuario:

Oportuna: Cuando los cuidados son brindados cada vez que el paciente lo requiere y de acuerdo a sus necesidades, por ejemplo brindar el tratamiento establecido, realizar los procedimientos en la hora y fecha indicada, dar oportunidad de formular y expresar sus necesidades, desarrollar acciones educativas en prevención de riesgos en la salud del paciente involucrando a su familia y medio social y mantener los registros de la historia clínica completas, así como los exámenes solicitados.

Continua: Esta dado por una atención sin interrupción y en forma permanente según las necesidades del paciente hospitalizado con la ayuda del equipo de profesionales de salud, donde se brindará educación al paciente sobre la naturaleza de su enfermedad y riesgos que presenta, así mismo sobre la importancia de los tratamientos y procedimientos a los que será sometido, explicando aspectos relacionados a la dieta, que valore el estado de dependencia funcional continuamente y que se preocupe por su mejoría.

Libre de riesgos: Está orientada a la atención sin riesgo para el paciente, por ejemplo, en relación con las dosis administrada en el tratamiento, se dará las orientaciones al paciente respecto a sus medicamentos y procedimientos indicados, el hecho de evitar caídas, que prevenga formación de úlceras por presión, etc. La labor principal de la enfermera(o) consiste en brindar educación y asegurar su comprensión, para prevenir riesgos después de haber sido dado de alta.

2.3.6.2 La calidad en el cuidado de enfermería

La función de enfermería es conservar, promover, recuperar y rehabilitar el estado de salud del paciente hospitalizado, así como apoyarlos a integrarse a una vida útil, este cuidado se da en una acción psicodinámica que se desarrolla en estadios de dependencia y que finaliza cuando el usuario goza de total independencia. La enfermera participa en el cuidado de las necesidades del paciente hospitalizado.

(Parra, 2011) , como definía F. Nightingale en el siglo XIX “Esta ayuda incluye el cuidado del entorno creando las condiciones para que el organismo reaccione positivamente ante el daño”. Estos cuidados son de carácter integral porque las necesidades humanas representan lo físico, psicológico y cultural, donde cada necesidad insatisfecha afectará al ser humano como un todo, así por ejemplo la falta de conocimiento, la ignorancia sobre un acontecimiento de su estado de salud, crea una incertidumbre, inseguridad y ansiedad; por lo tanto la enfermera debe poseer habilidades y destrezas que permitan al paciente hospitalizado verbalizar sus inquietudes y fortalecer su personalidad, a través de una relación humana que genere confianza y empatía, permitiendo a la enfermera conocer al paciente hospitalizado, a quien brindará su cuidado y que a su vez esta persona acepte participar del cuidado que recibe y se empodere del saber de cuidarse así mismo.

2.3.7Gestión de calidad

El concepto de calidad ha ido evolucionado a lo largo de los últimos años, ampliando objetivos y modificando su orientación inicial. Se puede decir que su papel ha adquirido una importancia estratégica, al evolucionar desde una mera inspección hasta la excelencia de la gestión empresarial. Un sistema de calidad es el conjunto de la estructura de la organización, de

responsabilidades, de procesos, de procedimientos y de recursos, que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad. Sistemas de calidad hay infinitos. Tanto como empresas, ya que cada organización que se marque unos objetivos de calidad, creará su sistema para procurar que se cumplan. (Parra, 2011)

2.3.7.1 Calidad asistencial

(Donabedian, 1993) Propuso una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". (Arbor., 1980) Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado".

(Standardization., 1989) Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

2.3.7.2 Componentes de la calidad asistencial

Según, (Donabedian, 1993) son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general.

Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye (Palme, 1993)

- Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.

- Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.

- Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.

- Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.

- Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.

2.3.7.3 Motivaciones para la mejora de la calidad

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos para determinadas actividades. (Donabedian, 1993)

La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Por fin, los motivos económicos en general y el control de los costes en particular pueden ser la génesis del cambio. (Donabedian, 1993)

2.3.7.4 Planificación, evaluación y mejora de la calidad asistencial

En este contexto los sistemas de atención a las personas se vuelven hacia las empresas industriales para aprovechar su experiencia en el manejo de situaciones de crisis y se empiezan a aplicar enfoques de la calidad provenientes de la industria que aportan un nuevo desarrollo a los conceptos de la calidad sanitaria. Una aportación esencial en este ámbito es la realizada por Juran, el cual sostiene que la calidad no sólo puede evaluarse y mejorarse, sino que debe también planificarse, siendo esta fase necesariamente previa a las demás. (Barcelona, 1990)

Una vez planificada la mejora de la calidad por medio de la definición de la calidad que le interesa al cliente y diseñando los servicios adecuados a sus necesidades, deben destinarse y organizar los recursos de forma que permitan conseguir estos objetivos, diseñando al propio tiempo los procesos capaces de producirlos y transfiriéndolos a las actividades habituales. Es entonces cuando puede producirse la evaluación de la calidad y la implementación de las medidas para que la mejora de la calidad pueda producirse, una vez se haya diseñado el sistema de medida que haga posible una rigurosa evaluación. (Barcelona, 1990)

2.3.7.5 La relación de la calidad con el individuo y la sociedad

A pesar de que hemos mencionado anteriormente las aportaciones de los sistemas de calidad industrial al modelo de atención a las personas, es interesante señalar una serie de consideraciones de la atención en relación, tanto al cliente como a la sociedad, las cuales diferencian claramente ciertas características de la gestión de la calidad en este ámbito respecto de aquellas propias del ámbito industrial. (Donabedian, 1993)

De una parte, los profesionales de la atención no son sólo proveedores de satisfacción para los usuarios, sino que también aseguran la correcta atención por medio de los aspectos de la calidad técnica, de la máxima importancia. De hecho, el usuario establece con el profesional una relación fiduciaria, es decir, basada en la asunción de que el profesional obrará de la manera más adecuada y le aconsejará sobre lo que más le convenga. (Donabedian, 1993)

Cabe decir que la relación interpersonal que se establece en la atención a las personas es especialmente compleja ya que se produce en unos momentos en que están en juego valores muy importantes de la persona (vida, autonomía, dignidad, etc.), aspectos éstos que deben cuidarse especialmente. De otra parte, no debe olvidarse que el usuario o su familia, en virtud de su derecho emanado del principio de autonomía, tiene la capacidad de participar en el proceso, lo cual establece una responsabilidad compartida con los profesionales en relación a los resultados obtenidos. (Donabedian, 1993)

2.4 MARCO LEGAL

2.4.1 El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador

El Buen Vivir como tal forma parte de una larga búsqueda de modelos de vida que han impulsado particularmente los actores sociales de América Latina durante las últimas décadas, como parte de sus reivindicaciones frente al modelo económico neoliberal. En Ecuador, dichas reivindicaciones fueron reconocidas e incorporadas en la Constitución, convirtiéndose entonces en los principios y orientaciones del nuevo pacto social.

La Constitución ecuatoriana hace hincapié en el goce de los derechos como condición del Buen Vivir y en el ejercicio de las responsabilidades en el marco de la interculturalidad y de

la convivencia armónica con la naturaleza. (Constitución De La República Del Ecuador, Título VI Régimen De Desarrollo, Capítulo Primero Principios Generales, Art.275, 2008).

2.4.2 Los Derechos como Pilares del Buen Vivir

Las innovaciones fundamentales en el campo de los derechos, desde la perspectiva del Buen Vivir en la nueva Constitución del Ecuador, parten del reconocimiento del Estado como "constitucional de derechos y justicia" (Art. 1), frente a la noción tradicional de Estado social de derechos. Este cambio implica establecer garantías constitucionales que permiten aplicar directa e inmediatamente los derechos, sin necesidad de que exista una legislación secundaria.

La Constitución ecuatoriana amplía además las garantías, sin restringirlas a lo judicial. Existen tres tipos de garantías: normativas, políticas públicas y jurisdiccionales. De este modo, la política pública pasa a garantizar los derechos. (Ávila, 2008)

2.4.3 Constitución 2008

En la Constitución del Ecuador la seguridad del paciente se garantiza en tres artículos principalmente:

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad,

universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.” (Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud. Art.32, 2008)

“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.” (Constitución De La República Del 48 Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud, Art.362, 2008)

“Art. 340.- El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo”. (Constitución De La República Del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Art.340, 2008)

2.4.4 Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2010) en sus artículos 1, 7 y 10 indica lo siguiente:

“Art. 1. La ley se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioética.” (Ley Orgánica De Salud, Art. 7, 2010)

Art. 7. Señala los derechos y deberes de las personas y del Estado, estipula que toda persona sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud con el derecho:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.” (Ley Orgánica De Salud, Art. 7, 2010)

“Art. 10. Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley. “(Ley Orgánica De Salud, Art. 7, 2010)

2.4.5 Plan Nacional de Desarrollo (2006-2015)

“El sistema de Salud se articulará al Plan Nacional de Desarrollo y al sistema nacional descentralizado de planificación participativa; se guiará por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación; y

funcionará bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación” (Plan Nacional De Desarrollo, MSP, 2006).

En el Ecuador en la actualidad, nadie duda, de la importancia de una normativa jurídica sobre la responsabilidad derivada de la provocación de resultados lesivos no deseados relacionados con el ejercicio de la actividad médica. De ahí que el “Proyecto de Ley Orgánica de Responsabilidad y Mala Práctica Médica”, haya generado el rechazo, no solo por la treintena de agresiones a la gramática española y a la confusión burda de términos (“quirógrafos” por “quirófanos” por poner un solo ejemplo), sino, sobre todo, por que derivará en la judicialización de la práctica médica.

Más allá de estos pronunciamientos; nuestro país precisa y exige un cuerpo legal acorde con la época para, en lugar de señalar y perseguir culpables, garantice la seguridad de los pacientes en un ambiente de mutua confianza pues, a nadie conviene caer en la avalancha de reclamos de presunta mala praxis que sin duda influirán negativamente en el trabajo diario de los médicos, que por cualquier error pueden terminar en un juzgado de guardia.

En este sentido, algunos sectores plantean, que el país, requiere de un Sistema Nacional de Notificación y Registro de Eventos Adversos en el sector de la salud; para ello, planteamos la necesidad de un estudio en profundidad de los aspectos problemáticos que la creación que este sistema puede implicar desde el punto de vista jurídico. Obvio que esto obligará al análisis de derecho comparado a partir de experiencias ya existentes en el ámbito internacional, con el fin de establecer la viabilidad de su implementación en nuestro medio.

Una de las cuestiones que deben causar preocupación a médicos, pacientes y hasta a los políticos es la relativa a la seguridad del paciente. Entonces, ¿ganaremos algo con una ley

eminentemente punitiva? Está claro que no, por su efecto eminentemente inmediatista. En su lugar se necesita de un instrumento jurídico que promueva una verdadera cultura de la calidad asistencial y seguridad de los pacientes.

En este sentido, la propia Organización Mundial de la Salud ha decidido asumir el liderazgo en pro de la seguridad del paciente a través de la iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” dentro cuyas acciones se establece la elaboración de sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan los errores en medicina y prevenirlos.

Dicha información resulta relevante, no para utilizarla con fines sancionadores o culpabilizadores en relación con los supuestos implicados, sino como método de aprendizaje y de evitación de prácticas que pueden producir resultados no deseados en los pacientes. Pero el tema no es fácil ya que la notificación y registro de incidentes y eventos adversos requieren de unas condiciones institucionales y profesionales que generen un marco de confianza; pero por sobre todo, de un marco legal y jurídico que posibiliten su implementación efectiva.

La prevención genera tranquilidad, buen clima de trabajo, estimula una práctica médica basada en la confianza, (relación fiduciaria), lejos de convertir al paciente en un simple “cliente” lo que termina con la magia de una relación humana entrañable e imprescindible para una práctica profesional responsable, que debe sustentarse no solo en la ciencia sino también en el afecto. A nadie se le puede escapar que los médicos como seres humanos, estamos también expuestos a desaciertos, fallos y errores, a veces como consecuencia de las propias limitaciones de la profesión que ejercemos o del medio en el que nos desenvolvemos (Ottolenghi, 2010).

2.5 Marco Ético

2.5.1 Base Legal en Ecuador

En nuestro país la constitución política de la república del Ecuador, no hace una referencia específica al consentimiento informado, pero en la ley orgánica de la salud, y en el código de ética médica del Ecuador, se detalla en forma clara sobre el consentimiento informado.

La ley orgánica de la salud dice: “Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: d) respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos; e) ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.” (Ley Orgánica De Salud, Art. 7, 2010)

El código de ética médica del Ecuador dice: “Art. 15.- El médico no hará ninguna intervención quirúrgica sin previa autorización del enfermo, y si éste no pudiera darla recurrirá a su representante o a un miembro de la familia, salvo que esté de por medio la vida del paciente a corto plazo. En todos los casos la autorización incluirá el tipo de intervención, los riesgos y las posibles complicaciones. Art. 16.- igualmente, los casos que sean sometidos a procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que signifiquen riesgo, a juicio del médico tratante, deben tener la autorización del paciente, de su representante o de sus familiares. También lo hará en caso de usar técnicas o drogas nuevas a falta de otros recursos debidamente

probados como medios terapéuticos y salvaguardando la vida e integridad del paciente.”
(Código De Ética Médica Del Ecuador, Art.15, 1992).

Como requisitos del consentimiento informado, se deben cumplir por lo menos los siguientes:

Voluntariedad: Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

Información: debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos. El intercambio comunicativo entre ambos (profesional – paciente), basado en la confianza, ampliará las posibilidades de comprensión de los resultados del tratamiento por parte del paciente.

2.5.2 Principios

En ética, los principios son reglas o normas que orientan la acción de un ser humano. Se trata de normas de carácter general, máximamente universales, como, por ejemplo: amar al prójimo, no mentir, respetar la vida, también se los considera como declaraciones propias del ser humano, que apoyan su necesidad de desarrollo y felicidad, los principios son universales y se los puede apreciar en la mayoría de las doctrinas y religiones a lo largo de la historia de la humanidad.

Son en sí, leyes naturales enraizadas en la estructura de todas las sociedades civilizadas a lo largo de la historia y de aquellas instituciones que han perdurado. Algunos de estos principios son la rectitud, integridad, honestidad (Estos dos últimos crean los cimientos de la confianza), la dignidad humana, el servicio o idea de contribuir, el potencial, entre otros. Tales principios son verdades profundas, de aplicación universal. Se aplican a los individuos, las familias, los matrimonios, y organizaciones de todo tipo. (Emanuel, 2001).

2.5.2.1 Principios Básicos

Toda investigación en seres humanos debe realizarse de acuerdo con los principios éticos básicos: respeto por las personas, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios que en teoría tienen igual fuerza moral guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

- **Principio de no-mal eficiencia:** Corresponde al primero y más fundamental del médico, expresado en el clásico "primum non nocere" ("lo primero es no dañar").
- **Principio de beneficencia:** Enunciado en el Juramento Hipocrático de la siguiente forma: "Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos"
- **Principio de autonomía:** Afirma el derecho de toda persona competente e informada a participar activamente en la toma de decisiones que la involucran de algún modo, 54 incluyendo el rechazo a ciertas intervenciones médicas. Este

principio no está contenido en el Juramento Hipocrático. Su incorporación a los códigos de ética médica fue mucho más tardía, reflejando profundos cambios sociales y culturales experimentados en los últimos siglos.

- **Principio de justicia:** Sostiene que el médico tiene responsabilidad en la asignación de los recursos de salud disponibles, no sólo frente a la persona individual, sino también frente a la población en general o a un grupo de pacientes.

2.5.2.2 Principios Operacionales

La investigación se debe basar en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11), una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios (Artículos 16 y 17), la probabilidad razonable de un beneficio en la población estudiada (Artículo 19) y que sea conducida y manejada por investigadores expertos (Artículo 15) usando protocolos aprobados, sujeta a una revisión ética independiente y una supervisión de un comité correctamente convocado (Artículo 13). El protocolo deberá contemplar temas éticos e indicar su relación con la Declaración (Artículo 14).

Los estudios deberán ser discontinuados si la información disponible indica que las consideraciones originales no son satisfactorias (Artículo 17). La información relativa al estudio debe estar disponible públicamente (Artículo 16). Las publicaciones éticas relativas a la publicación de los resultados y la consideración de potenciales conflictos de intereses (Artículo 27).

Las investigaciones experimentales deberán compararse siempre en términos de los mejores métodos, pero bajo ciertas circunstancias un placebo o un grupo de control deberá ser utilizados (Artículo 29). El interés del sujeto después de que el estudio finaliza debería ser parte de un debido asesoramiento ético, así como asegurarle el acceso al mejor cuidado probado (Artículo 30). Cuando se deban testear métodos no probados se deben probar en el contexto de la investigación donde haya creencia razonable de posibles ventajas para los sujetos (Artículo 32). (AMM, 2000).

2.5.3 El consentimiento informado en investigación

En relación al consentimiento informado en la regulación de los ensayos clínicos surge de la necesidad de conciliar los diferentes derechos que puedan entrar en colisión. En efecto, con el fin de que la ciencia pueda avanzar y de que puedan encontrarse nuevos remedios a las enfermedades, hay que investigar; pero eso no puede ir en contra de los derechos de las personas.

Antes de otorgar el consentimiento, los encuestados tienen que haber sido informados de forma exhaustiva por el profesional sanitario que lleva a cabo la investigación sobre la naturaleza, la importancia, el alcance y los riesgos del ensayo. El profesional que da la información tiene que asegurarse de que esta información es entendida por el sujeto. La persona que participa en el ensayo puede, en cualquier momento, revocar su consentimiento sin tener que explicitar la causa.

En los estudios que impliquen la recogida de muestras para el análisis genético, estas pueden hacerse sólo si los participantes otorgan su consentimiento después de recibir información apropiada. En caso que el estudio esté incluido en un proyecto que tenga objetivos

más amplios tiene que haber un consentimiento a parte para el estudio genético y la obtención de muestras orgánicas. Hay que prever que se darán a conocer los resultados de la investigación a los participantes en caso de ser relevantes para su salud o la de su descendencia. En cualquier caso, los participantes tendrán que ser informados de las implicaciones de una eventual renuncia a conocer información sobre sus rasgos genéticos.

Como requisitos del consentimiento informado, se deben cumplir por lo menos los siguientes:

Voluntariedad: Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

Información: Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos. El intercambio comunicativo entre ambos (profesional – paciente), basado en la confianza, ampliará las posibilidades de comprensión de los resultados del tratamiento por parte del paciente.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo y diseño de investigación.

El estudio fue descriptivo, correlacional de corte transversal, porque permitió valorar las características de la práctica asistencial basada en la evidencia científica para diagnosticar la calidad de atención de enfermería en las instituciones prestadoras de servicios de salud, identificando los obstáculos para implementar la práctica clínica basada en evidencia, mediante el cuestionario de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

3.2 Lugar de estudio.

Esta investigación se realizó en los establecimientos de salud del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Imbabura.

3.3 Población y muestra

Personal de enfermería que acepto mediante el consentimiento informado, participar en el estudio. El muestreo fue no probabilístico para la fase descriptiva.

3.3.1 Universo

El universo estuvo constituido por 369 profesionales de la salud (médicos y enfermeras) de los Hospitales de Segundo nivel de la provincia de Imbabura.

3.3.2 Muestra

Para el estudio se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en donde la unidad muestral fue de 152 médicos y 122 enfermeras que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Inclusión:

Profesionales médicos y enfermeras que aceptaron participar en la investigación con consentimiento informado y estuvieron presentes el momento de aplicar la encuesta.

3.4.2 Exclusión

Profesionales de otras áreas, auxiliares, personal administrativo y servicios que no accedieron voluntariamente participar en el estudio.

3.5 Técnicas e instrumentos

Para el estudio se aplicó una encuesta y como instrumento el Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ), ya que permite el análisis de los factores que influyen en el modelo de la práctica enfermera, definido este, como un conjunto de características de la organización del ámbito del trabajo que facilitan o dificultan la práctica profesional.

El instrumento fue diseñado para detectar aquellas partes débiles del entorno en la práctica enfermera para posteriormente modificarlas y así obtener mejores resultados en la clínica. Dentro de las técnicas a emplear dentro del trabajo se encuentran el Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ), compuesto de 24 ítems organizados en tres sub escalas esta validado en su país de referencia para determinar el conocimiento, uso y actitudes de los profesionales hacia la práctica basada en evidencia. Tanto el NWI como el EBPQ se diseñaron expresamente para el ámbito hospitalario con unas características propias para estas organizaciones clínicas, lo que hace necesaria la validación en nuestro entorno tanto para las características propias del modelo hospitalario como de atención primaria.

3.6 Procedimiento

El presente trabajo de investigación, inicia con la elaboración del Macro proyecto en la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte, por parte de los investigadores y su respectiva socialización con los estudiantes co-investigadores, alumnos del séptimo semestre de la carrera antes mencionada.

Se reanuda con la planificación de las actividades a realizar en la provincia de Imbabura. Se aplicó el instrumento de investigación que fue una encuesta misma que será aplicada a los médicos y profesionales de Enfermería para identificar datos sociodemográficos y laborales.

Se continúa con la identificación de las instituciones a visitar haciendo una planificación de visitas por cantones y por unidades. En la ejecución del proyecto se visita los cuatro hospitales de segundo nivel de la provincia de Imbabura, donde se procede a la entrega de oficios a las autoridades de las diferentes instituciones de salud donde se da a conocer sobre los objetivos y actividades del trabajo de investigación y al mismo tiempo se solicita los respectivos permisos para la aplicación de las encuestas y entrevistas, luego ejecutaron las actividades previstas, se aplica el instrumento mismo que constaba de varias opciones de datos socio demográficos y relacionados a la profesión que desempeña cada profesional y así determinar la situación de los médicos y los profesionales de enfermería de la provincia de Imbabura.

Luego de la recopilación de la información, se prosiguió de la siguiente manera:

- Se elabora una matriz de datos en el programa Excel, que recopila todos los datos de la encuesta.
- Se realiza el vaciamiento de la información de las encuestas aplicadas en la matriz elaborada.
- Se va identificando los datos sociodemográficos, de estudios realizados y laborales.
- Se colocan fórmulas, para obtener los datos pertinentes
- Se procede a elaborar porcentajes y gráficos con la información recopilada.

.

3.7 Matriz de Variables				
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Búsqueda de la información científica	Es un proceso de carácter global en el que intervienen una serie de factores interrelacionados entre sí.	Tipo de fuentes de información.	Análisis y definición de la información Nivel y cobertura de la búsqueda. Selección de las búsquedas de información. Elaboración de la estrategia de búsqueda. Valoración de los resultados. Gestión de la información recuperada.	Nunca En limitadas ocasiones En frecuentes ocasiones En muchas ocasiones Casi siempre Siempre
SOCIO DEMOGRÁFICO	Es el análisis, estudio y obtención de datos y conclusiones sobre un grupo social determinado, obteniendo un perfil que señale la dinámica y características actuales de la población en el sector grupal elegido.	Edad	Años y meses cumplidos de la persona hasta el momento de la entrevista.	20---29 30---39 40---49 50---59 60---69
		Años de profesión	Tiempo que lleva laborando en la institución hasta el momento de la entrevista.	0---5 6---10 >10
		Años en la unidad	Tiempo que lleva laborando en la unidad hasta el momento de la entrevista.	0---5 6---10 >10
		Años en el hospital	Tiempo que lleva laborando en el hospital hasta el momento de la entrevista.	0---5 6---10 >10
		Sexo	Apariencia física de la persona.	Hombre Mujer
		Profesión	Cargo que desempeña en este caso médico o profesional de enfermería.	0---5 6---10 >10
ESTATEGIA /PRACTICA	Es la implementación o simplemente el ejercicio de los conocimientos enseñado e implementados en la doctrina médica.	Formular	Pregunta de búsquedas claramente definida.	1= Nunca 2 3 4 5 6 7= Frecuentemen te
		Indagar	Evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta.	
		Evaluar críticamente	Mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada.	
		Integrar	La evidencia encontrada con mi experiencia.	

		Compartir	Información con colegas.	
PERCEPCION/ APTITUD	Capacidad, buena disposición para ejercer o desempeñar una determinada tarea, función, empleo.	Carga de trabajo	Es demasiado grande para poder mantenerse al día con la nueva evidencia.	1= Nunca 2 3 4 5 6 7= Frecuentemen te
		Práctica clínica	Como se siente al cuestionar su práctica clínica.	
		Práctica basada en la evidencia.	Es una pérdida de tiempo.	
		Métodos probados.	Se aferra más que cambiar a cualquier cosa nueva	
		Nueva evidencia.	Busca huecos de tiempo en su trabajo para este fin.	
		Preguntas sobre mi práctica.	Recibir de buen agrado.	
		Práctica profesional.	La práctica basada en evidencia es fundamental.	
		Evidencia al respecto.	Ha cambiado su práctica.	
COMPETENCIAS	Conjunto articulado y dinámico de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que toman parte activa en el desempeño responsable y eficaz de las actividades cotidianas dentro de un contexto determinado.	Habilidades	Para la investigación	1= Nunca 2 3 4 5 6 7= Frecuentemen te
		Habilidades Monitorización y revisión	Con las Tecnologías de la información	
		Conversión	De habilidades prácticas	
		Tipos de información	De información en preguntas de investigación.	
		Lagunas en mi práctica	Estar al día y sus fuentes.	
		Recuperar evidencia	Capacidad para identificarlas.	
		Material encontrado	Mediante criterios explícitos, determinar su validez.	
		Información encontrada	Determinar su utilidad clínica	
		Atención	Aplicar en casos concretos	
		Propia practica	Diseminación de nuevas ideas y capacidad de revisarla.	

CAPITULO IV

4. ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 Resumen del análisis del trabajo

El presente trabajo de investigación, inicia con la elaboración del Macro proyecto en la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte, por parte de los investigadores y su respectiva socialización con los estudiantes co-investigadores, alumnos del séptimo semestre de la carrera antes mencionada.

Se prosigue con la planificación de las actividades a realizar en la provincia de Imbabura. Se aplicó el instrumento de investigación que fue una encuesta misma que será aplicada a los médicos y profesionales de Enfermería para identificar datos sociodemográficos y laborales.

Se continúa con la identificación de las instituciones a visitar haciendo una planificación de visitas por cantones y por unidades. En la ejecución del proyecto se visita los 4 hospitales de 2° nivel de la provincia de Imbabura, donde se procede a la entrega de oficios a las autoridades de las diferentes instituciones de salud donde se da a conocer sobre los objetivos y actividades del trabajo de investigación y al mismo tiempo se solicita los respectivos permisos para la aplicación de las encuestas y entrevistas, luego ejecutaron las actividades previstas, se aplica el instrumento mismo que constaba de varias opciones de datos socio demográficos y relacionados a la profesión que desempeña cada profesional y así determinar la situación de los médicos y los profesionales de enfermería de la provincia de Imbabura.

Luego de la recopilación de la información, se prosiguió de la siguiente manera:

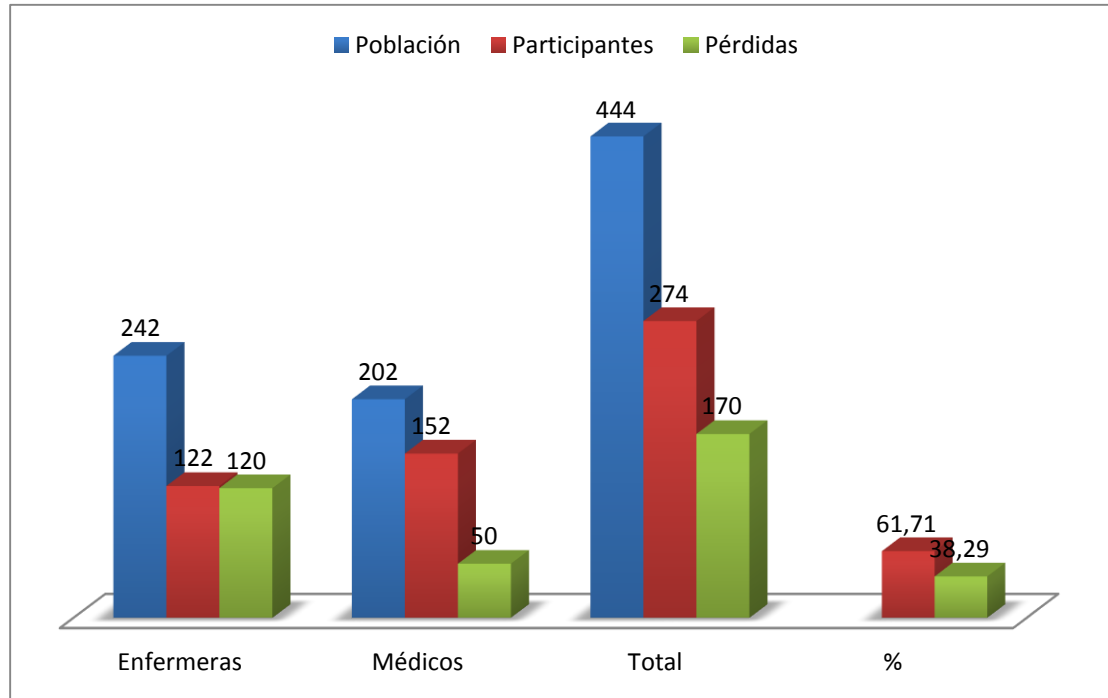
- Se elabora una matriz de datos en el programa Excel, que recopila todos los datos de la encuesta.
- Se realiza el vaciamiento de la información de las encuestas aplicadas en la matriz elaborada.
- Se va identificando los datos sociodemográficos, de estudios realizados y laborales.
- Se colocan fórmulas, para obtener los datos pertinentes
- Se procede a elaborar porcentajes y gráficos con la información recopilada.

Tabla T1. Distribución de los cuestionarios por hospitales y profesionales

Hospital	Servicio	Numeración		Muestra		Entregados	
		NWI	CPBE	Enferm	Médicos	NWI	CPBE
HSVP	Emergencias	021-170	035-183	146	131	150	150
	Medicina Interna						
	Cirugía						
	UCI						
	Neonatología						
	Consulta Externa						
	Pediatría						
	Centro Obstétrico						
	Diálisis						
	Otros						
	Ginecobstetricia						
HSLO	Emergencias	171-230	324-443	52	41	60	120
	Medicina Interna						
	Cirugía						
	Materno-Infantil						
Atuntaqui	Emergencias	001-020	001-034	14	12	20	35
	Medicina Interna						
	Cirugía						
	Materno-Infantil						
Cotacachi	Emergencias	231-270	444-487	30	18	40	64
	Medicina Interna						
	Cirugía						
	Materno-Infantil						
TOTAL				242	202	270	369
MUESTRA participante				122	152		

Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Gráfico 1. Población, muestra y pérdidas en el estudio.



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: Como podemos observar en la tabla, los cuestionarios fueron numerados para detectar las pérdidas de los mismos por hospitales, siendo el total de la población de estudio de 444 profesionales, de los cuales 242 eran enfermeras y 202 médicos. En la tabla se explica los cuestionarios entregados a cada grupo de profesionales, teniendo en cuenta que el NWI era específico para enfermería y el CPBE se entregó tanto a enfermeras como a médicos.

Tras el periodo de recogida de los cuestionarios la población total a estudio participaron 274 profesionales (61,71%) con una pérdida de 170 (38,29%).

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 en las enfermeras has participado un 50,41% con un 49,59% de pérdidas.

De estos datos podemos considerar que la muestra de análisis ha sido suficiente para obtener resultados significativos del universo y población a estudio con respecto a los factores que influyen en los profesionales para llevar a cabo la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE). Resultados que se irán detallando a continuación, comenzando por el perfil sociodemográfico para posteriormente describir los diferentes ítems de los cuestionarios y su asociación y correlación con las distintas variables.

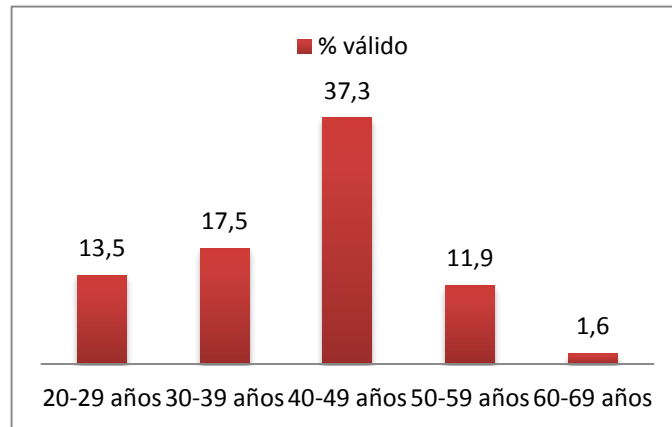
Descripción del perfil sociodemográfico (Enfermeras)

Tabla T2 Frecuencias Edad

	<i>Frecuencia</i>	<i>% válido</i>
20-29 años	17	13,5
30-39 años	22	17,5
40-49 años	47	37,3
50-59 años	15	11,9
60-69 años	2	1,6

Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

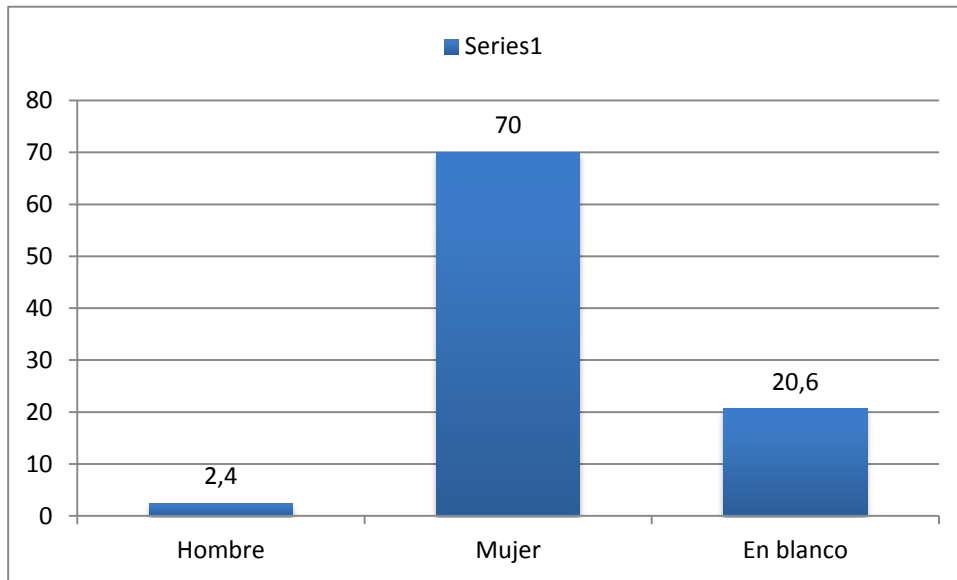
Gráfico G2 % edad



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: El 37,3% de las enfermeras de la provincia de Imbabura del segundo nivel de atención de los hospitales del Ministerio de Salud Pública se encuentra entre los 40-49 años de edad, seguido del 17,5% entre los 30-39 años, el 13,5% entre 20-29 años, el 11,9% entre 50-59 y tan solo el 1,6% de entre 60-69 años. Estos datos demuestran que más de la mitad de las enfermeras tienen menos de 40 años (54,8%). Y tan sólo el 1,6% tienen entre 60-69 años de edad,

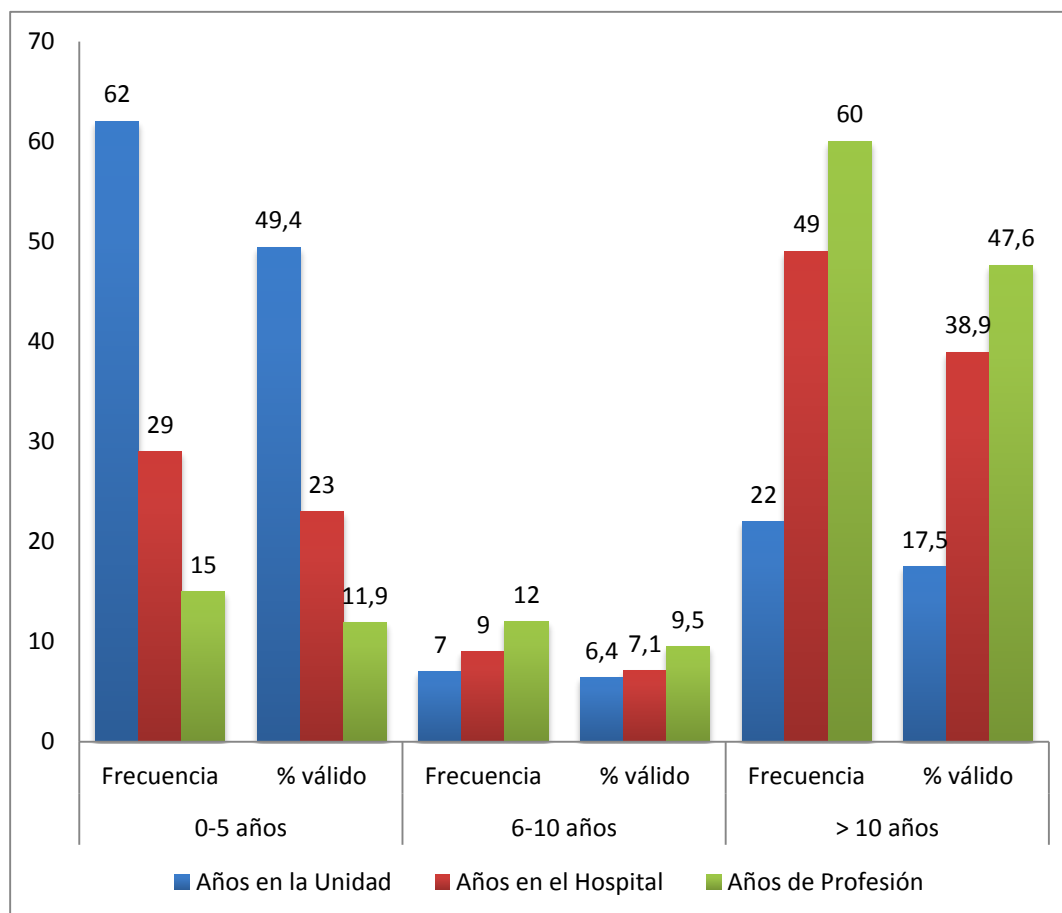
Gráfico G3. Distribución de las enfermeras por sexo



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: Como así lo establecen las distribuciones por sexos de enfermeras en los diferentes países iberoamericanos, casi el 80% son mujeres frente al 3% que son hombres

Gráfico G4. Experiencia profesional de las enfermeras

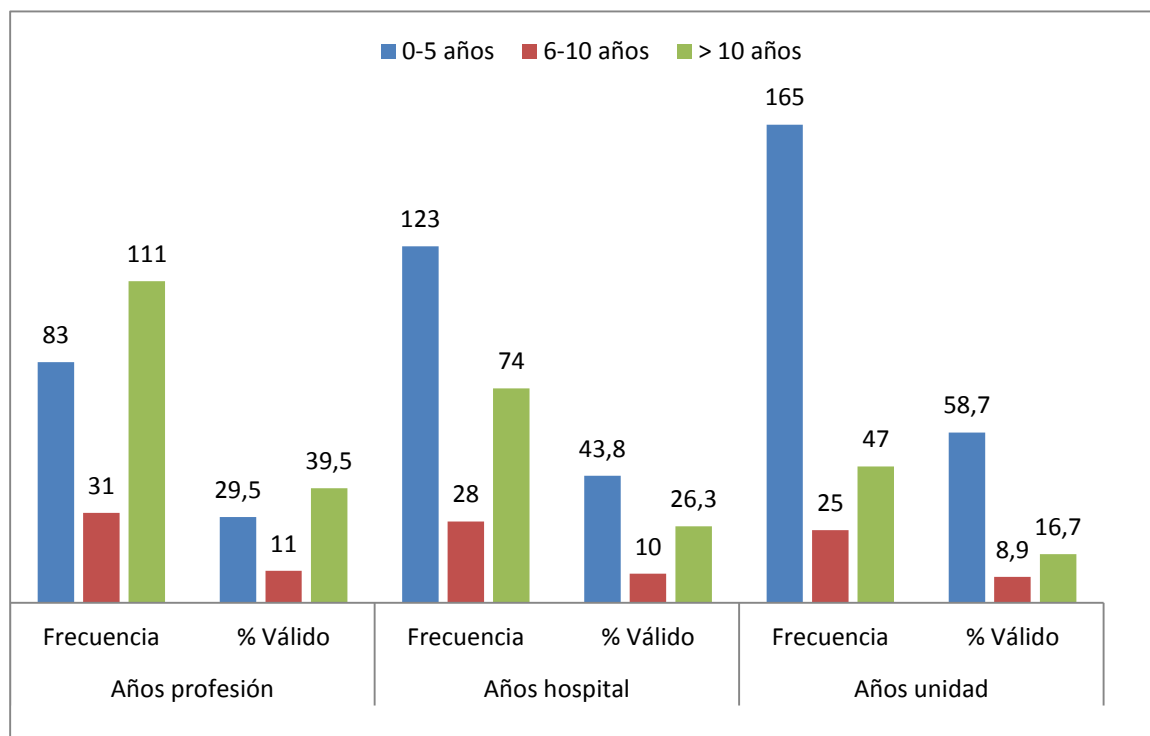


Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: El 46,8% de las enfermeras llevan menos de 5 años trabajando en la unidad, lo cual denota una permanencia en el servicio de poco tiempo, lo que podría según la literatura científica perjudicar en la continuidad de los cuidados proporcionados a los pacientes. Sin embargo, las enfermeras tienen más de 10 años de profesión, en un 46% y un 39% lleva además, más de 10 años trabajando en el mismo hospital.

Descripción del perfil sociodemográfico (Médicos)

Gráfico G5. Experiencia profesional de los médicos.



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: Más de la mitad de los médicos (58,7%) laboran en el servicio entre 0 y 5 años, el 43,8 % laboran entre 0 y 5 años en el hospital, siendo relativamente nuevos en las instituciones hospitalarias, sin embargo el 39,5 % de éstos profesionales tienen más de 10 años ejerciendo su labor profesional.

El 29,5% de los profesionales son médicos generales a nivel hospitalario, el resto se distribuyen entre las diferentes especialidades.

Existe predominio del sexo femenino 59,1%, frente al 29,9% de hombres y el 27,8% del personal de salud se ubica en la escala de 30 a 39 años de edad.

Estrategias de PCBE para la Resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales

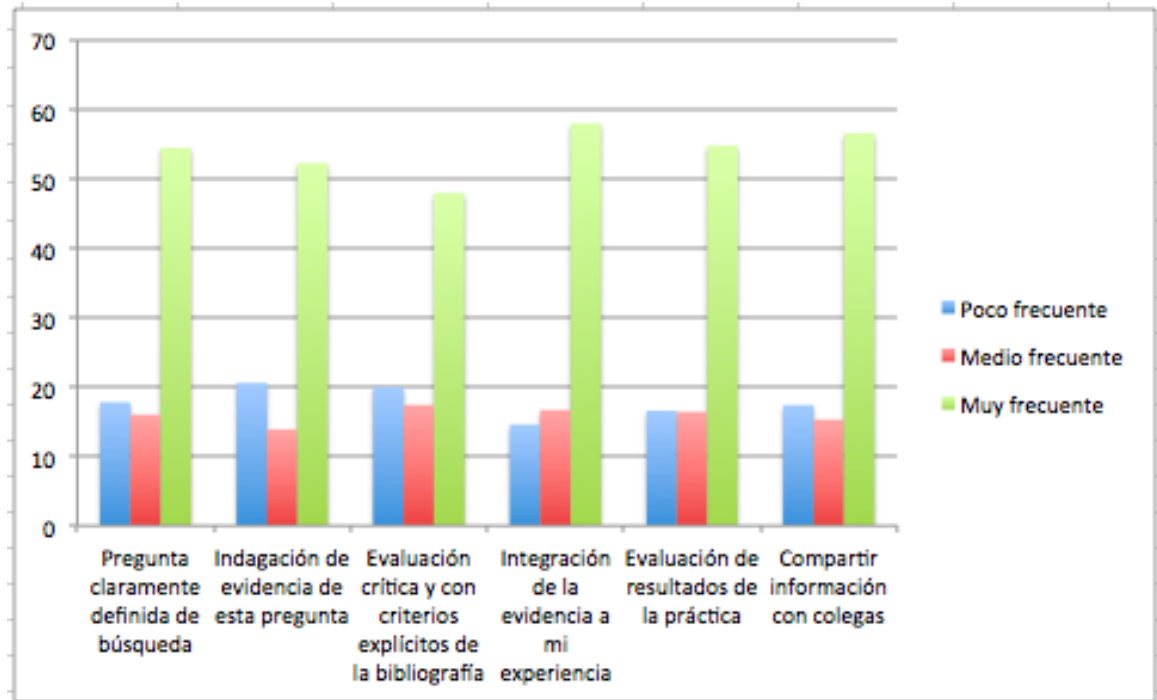
Tabla 3. Resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales

RESOLUCIÓN DE LAGUNAS SURGIDAS EN EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES														
Ítem	Nunca		2		3		4		5		6		Frecuentemente	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Pregunta claramente definida de búsqueda	9	3,2	11	3,9	30	10,7	45	16	59	21	32	11,4	62	22,1
Indagación de evidencia de esta pregunta	11	3,9	11	3,9	36	12,8	39	13,9	56	19,9	38	13,5	53	18,9
Evaluación crítica y con criterios explícitos de la bibliografía	9	3,2	12	4,3	35	12,5	49	17,4	39	17,4	42	14,9	44	15,7
Integración de la evidencia a mi experiencia	9	3,2	12	4,3	20	7,1	47	16,7	62	22,1	52	18,5	49	17,4
Evaluación de resultados de la práctica	8	2,8	15	5,3	24	8,5	46	16,4	50	17,8	55	19,6	49	17,4
Compartir información con colegas	14	5	15	5,3	20	7,1	43	15,3	51	18,1	46	16,4	62	22,1

Fr: Frecuencia %: Porcentaje válido

Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Gráfico 6. Distribución de la categoría de Resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: El análisis de las frecuencias de esta categoría pone de manifiesto que un (22,1%) de los encuestados refieren haber hecho una pregunta definida para responder a una laguna existente, el 55,4% manifestó que con frecuencia realiza una pregunta definida, mientras que el 17,8% restante dice realizarla a veces y el 9,3% nunca realiza una pregunta. El 18,9% de los profesionales siempre buscan evidencia científica para responder su pregunta, el 47,3% casi siempre buscan la evidencia, el 16,7% la busca a veces y el 10,8 nunca busca la evidencia científica para responder sus preguntas.

El 15,7% de los encuestados frecuentemente evalúan críticamente las fuentes bibliográficas, el 49% lo hace casi siempre, el 12,5% casi nunca analiza las fuentes bibliográficas y el 20% nunca las analiza.

Además, el 22,1% de los profesionales casi siempre integran la evidencia científica con la experiencia profesional, el 17,4% frecuentemente la integra, mientras que el 8,5% de los profesionales nunca integra la evidencia con la experiencia.

37% de los encuestados frecuentemente evalúan los resultados de su práctica, el 12,1% nunca evalúa los resultados de su práctica.

Al preguntar si compartió la información con sus colegas el 71,9% manifiesta hacerlo frecuentemente o casi siempre, frente al 12,8% que nunca o casi nunca comparte información.

En general, tal y como se refleja en el Gráfico 6 de datos agrupados en poco frecuente (1-3 escala Likert); medio frecuente (4 puntos) y muy frecuente (5-7 escala), un 50% consideran que practican los ítem de esta categoría muy frecuentemente.

Relacionando las frecuencias de los diferentes ítems con los estadísticos descriptivos, podemos afirmar respecto a la categoría de cómo los profesionales han resuelto las posibles lagunas en su conocimiento, la media se sitúa en 4,405 con una desviación típica de 2,147. Esto supone que se sitúa en la mitad de la escala Likert de 1-7 puntos, indicando que se planteen limitaciones de los profesionales para resolver estas lagunas en la evidencia científica.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos categoría Resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Pregunta Definida	274	0	7	4,46	2,147
Busqueda Evidencia	274	0	7	4,29	2,199
Evaluación Bibliográfica	275	0	7	4,14	2,204
Evidencia VS Experiencia	275	0	7	4,53	2,063
Evaluación Práctica	273	0	7	4,46	2,123
Compartir Colegas	273	0	7	4,55	2,161
N válido (según lista)	270				

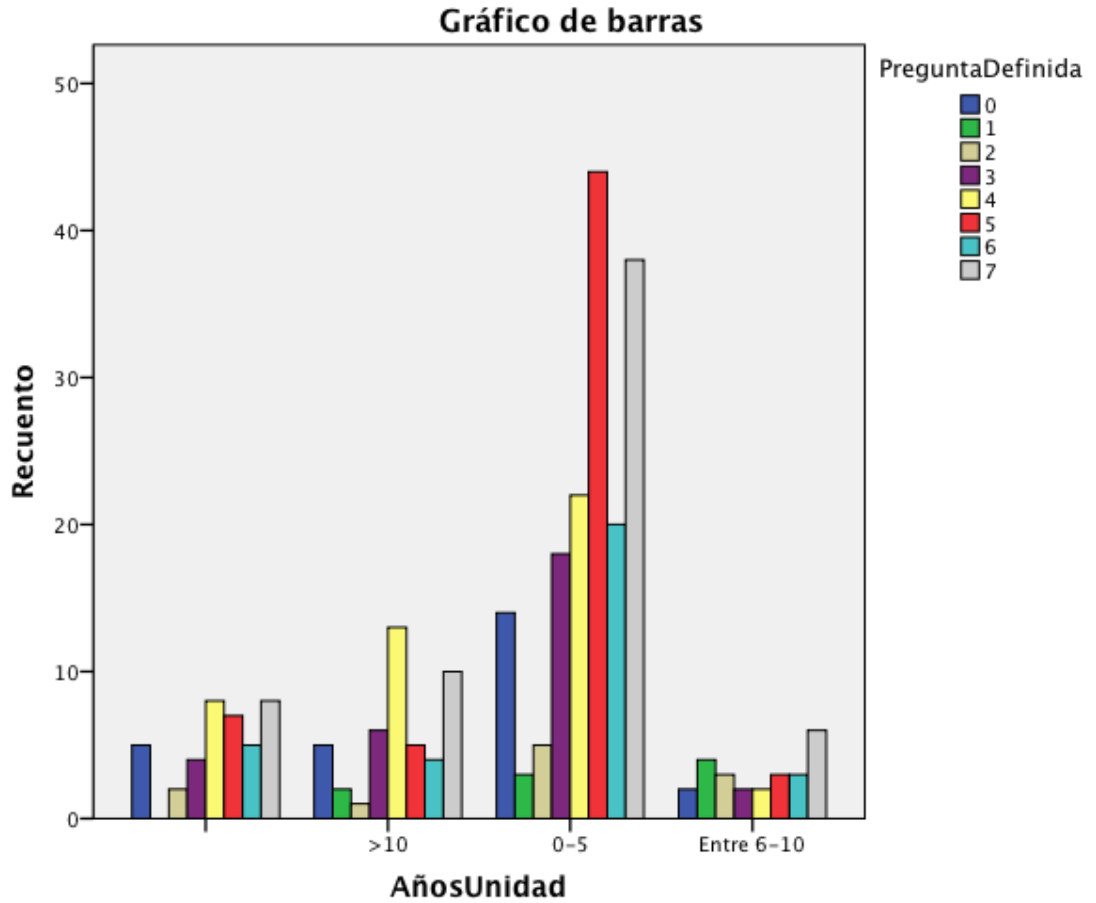
Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: Si extraemos los resultados por cada una de las preguntas planteadas, en la que se refiere a con qué frecuencia se han planteado preguntas definidas antes los problemas surgidos de la práctica clínica, existe una ligera tendencia a que se han elaborado con alguna frecuencia. La búsqueda de evidencia científica para resolver los problemas de la práctica diaria ha sido valorada de media en un 4,29 (σ : 2,199) en la escala Likert, lo que presenta que no se hace de una forma muy frecuente pero tampoco nunca.

La puntuación más baja en la escala se observa en la evaluación de forma crítica y explícita de las referencias bibliográficas consultadas (x : 4,14 σ : 2,204). Siendo el compartir con los colegas la evidencia, la integración de la evidencia con la práctica y la evaluación de la prácticas las que se sitúan en la parte de mayor frecuencia aunque no superan el 5 (x : 4,55 σ : 2,161; x : 4,53 σ : 2,063 y x : 4,46 σ : 2,123 respectivamente).

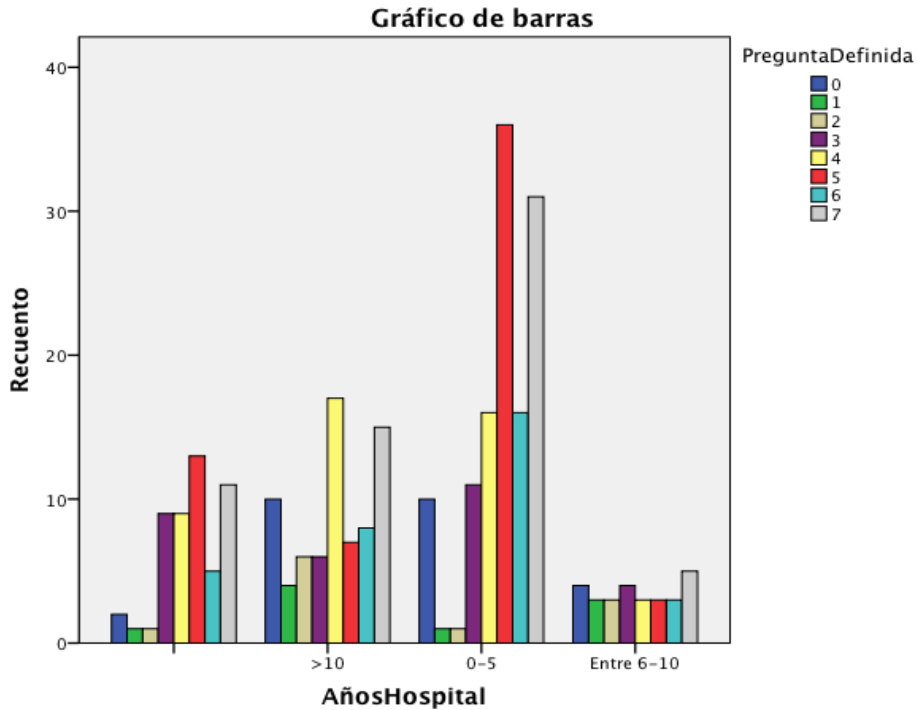
(Ver tabla 4)

Gráfico 7. Asociación entre años trabajado en la unidad y la definición de una pregunta de búsqueda.



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Gráfico G8. Asociación entre años trabajado en el hospital y la definición de una pregunta de búsqueda

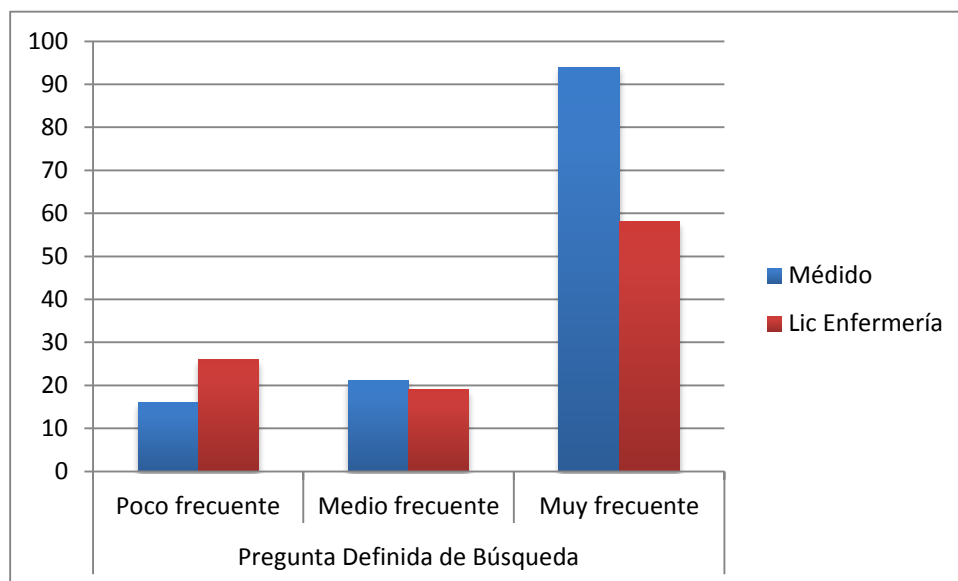


Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: En el análisis de las variables sociodemográficas con los diferentes ítems de esta categoría se observa asociación entre los años en la unidad y la definición de una pregunta de búsqueda clara para resolver las lagunas en el conocimiento surgidas durante la práctica profesional (χ^2 : 33,555 $p=0,040$). Los profesionales de menos tiempo en la unidad (0-5 años) tienden a considerar que lo usan más frecuentemente que las de más de 6 años en adelante.

De igual forma, existe asociación entre los años en el hospital y la definición de una pregunta de búsqueda clara para resolver las lagunas en el conocimiento surgidas durante la práctica profesional (χ^2 : 40,628 p=0,006).

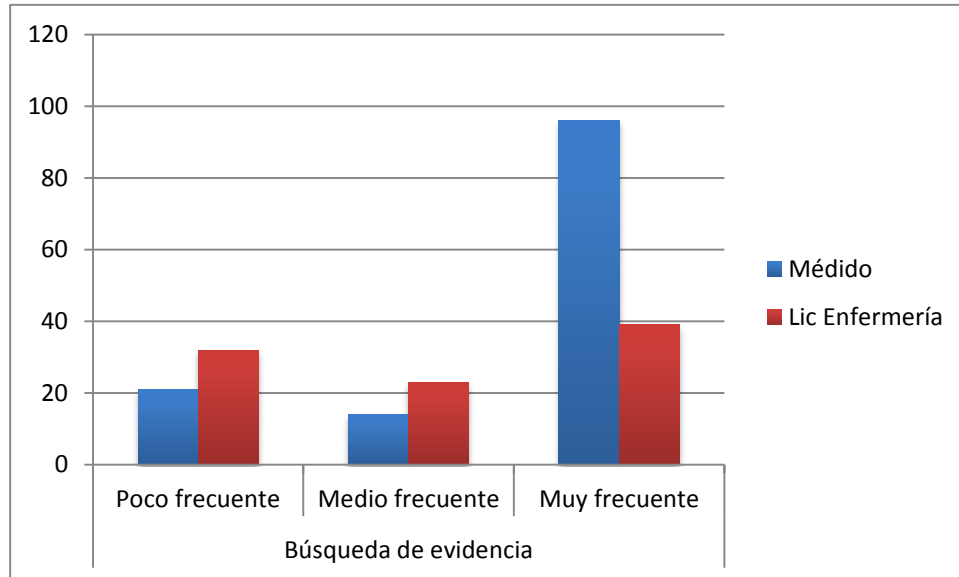
Gráfico 9. Asociación entre profesión y la definición de una pregunta de búsqueda agrupada



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: Aparece asociación entre la profesión y la definición de una pregunta de búsqueda clara para resolver las lagunas en el conocimiento surgidas durante la práctica profesional (χ^2 : 105,254 p=0,018). Se observan diferencias entre la percepción del uso de esta práctica entre enfermeras y médicos. Los médicos consideran que las usan frecuentemente mientras que las enfermeras reconocen hacerlo menos.

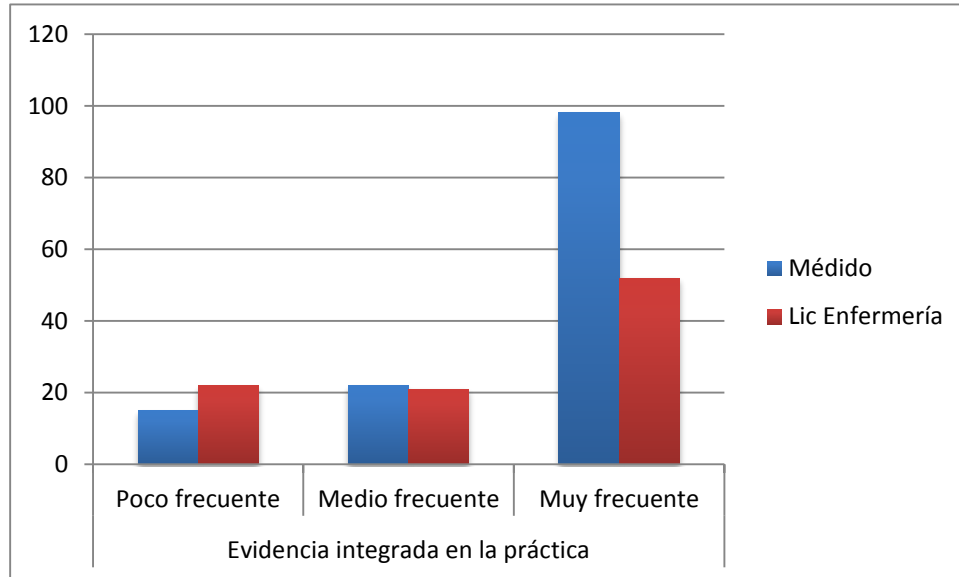
Gráfico 10. Asociación entre profesión y búsqueda de evidencia científica agrupadas



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: Aparece asociación entre la profesión y la búsqueda de evidencia científica a partir de una pregunta (χ^2 : 112,974 p=0,005). No existen grandes diferencias entre médicos y enfermeras hacia la tendencia de hacerlo frecuentemente.

Gráfico 11. Asociación entre profesión e integración de la evidencia en la práctica clínica agrupada.



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: Tanto los médicos como las enfermeras consideran que integran de forma más o menos frecuente la evidencia científica a su práctica profesional, observando asociación entre esta cuestión y la profesión (χ^2 : 109,829 p=0,008).

Tabla 5. Correlaciones categoría Resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales

ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE LAS LAGUNAS SURGIDAS EN EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES										
	Pregunta de búsqueda definida		Búsqueda evidencia		Evidencia integrada en la práctica		Evaluación crítica bibliográfica		Evaluación de la práctica	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Años en la unidad	33,555	0,040								
Años de profesión										
Años en el Hospital	40,628	0,006								
Profesión	105,254	0,018	112,974	0,005	109,829	0,008				
Especialidad	453,119	0,000	444,004	0,000			414,903	0,005		
Sexo	29,095	0,010	39,107	0,000	30,77	0,006	24,294	0,042	25,81	0,027

Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

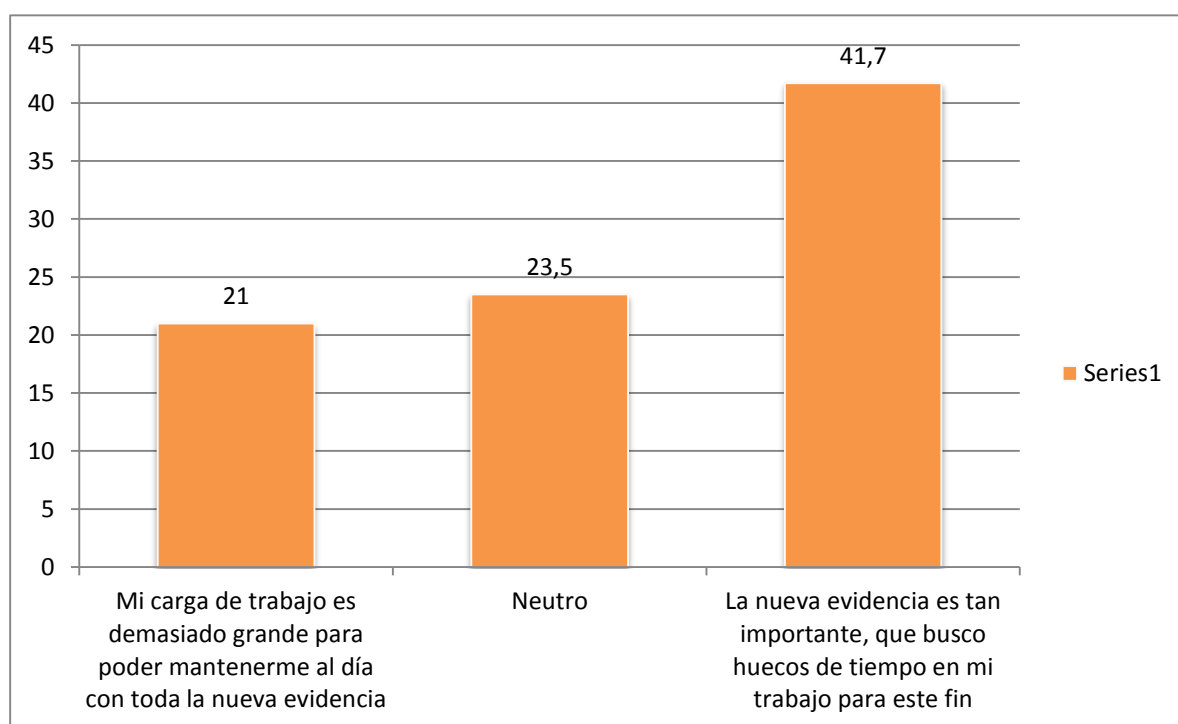
Análisis e interpretación: También aparece una asociación entre el sexo y la frecuencia en la práctica profesional de la elaboración de una pregunta de búsqueda definida ante lagunas de conocimiento (χ^2 : 29,095 p=0,01). Se destaca que las mujeres consideran a este uso menos frecuente que los hombres. Se observa de igual forma una asociación entre el sexo y la búsqueda de evidencia a partir de la pregunta planteada (χ^2 : 39,107 p<0.001). Así las mujeres consideran a este uso menos frecuente que los hombres.

Aparece una asociación entre el sexo y la búsqueda de evidencia a partir de la pregunta planteada (χ^2 : 39,107 p<0.001), así como la lectura crítica y con criterios explícitos de la bibliografía (χ^2 : 24,294 p=0,042) y la aplicación de esta evidencia en la práctica (χ^2 : 30,770 p=0,006). Se destaca que las mujeres consideran estos ítems de un uso ligeramente menos frecuente que los hombres.

Por último la evaluación de la práctica profesional se asocia al sexo de igual forma que en los casos anteriores, siendo las mujeres más críticas con la frecuencia de dicha evaluación ligeramente menor que en los hombres (χ^2 : 25,810 p=0,027)

Percepción sobre la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE)

Gráfico 12. % agrupado de la Escala Likert de la carga de trabajo y la evidencia científica

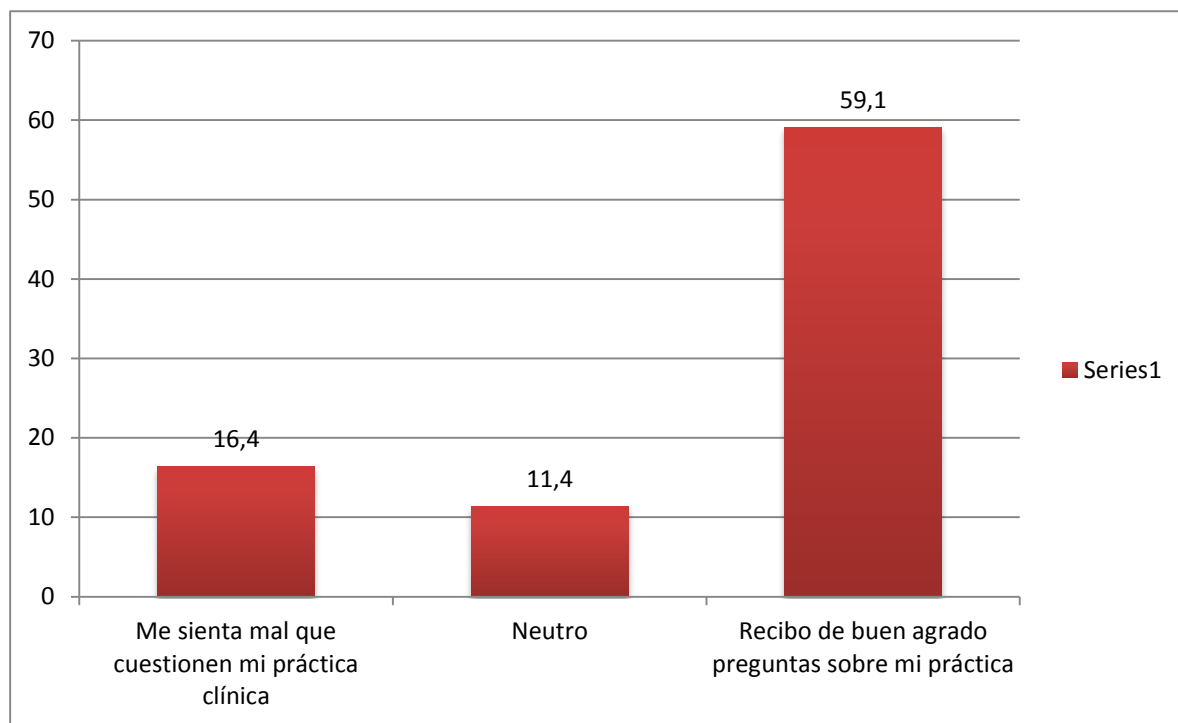


Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: En este caso, el cuestionario EFBQ establece una comparación entre dos afirmaciones. 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, el 29,5% señala

que la carga de trabajo es demasiado grande para mantenerse actualizado. En el siguiente gráfico (Gráfico 12) podemos ver los datos, considerando el porcentaje agrupado en este ítem.

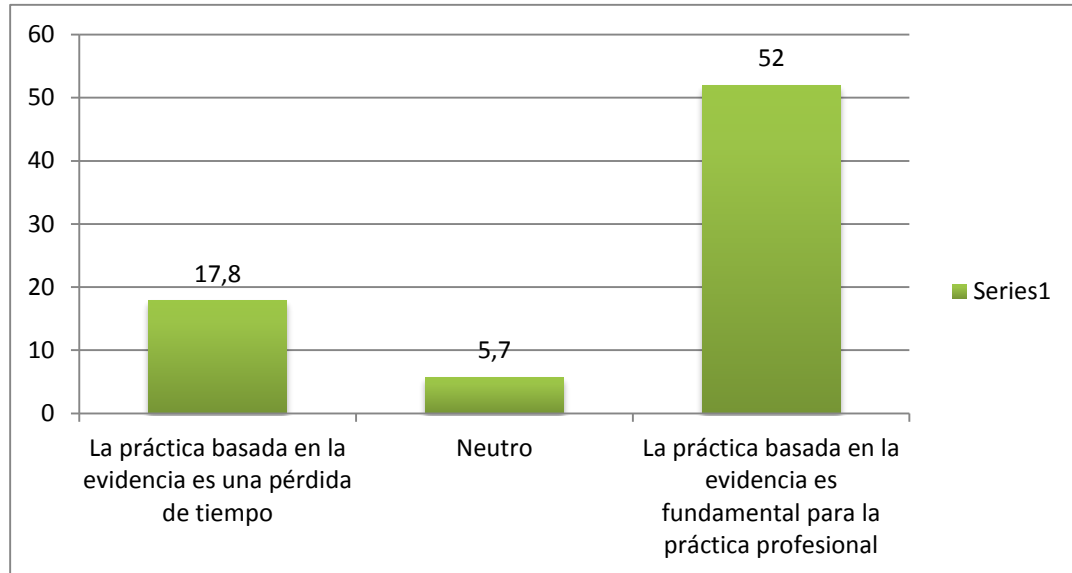
Gráfico 13. % agrupado de la Escala Likert del cuestionamiento de la práctica clínica



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: El 65,2% de los profesionales toleran de buen agrado cuando cuestionan sobre su práctica clínica, el 29,5% responden sentirse mal cuando cuestionan su práctica clínica.

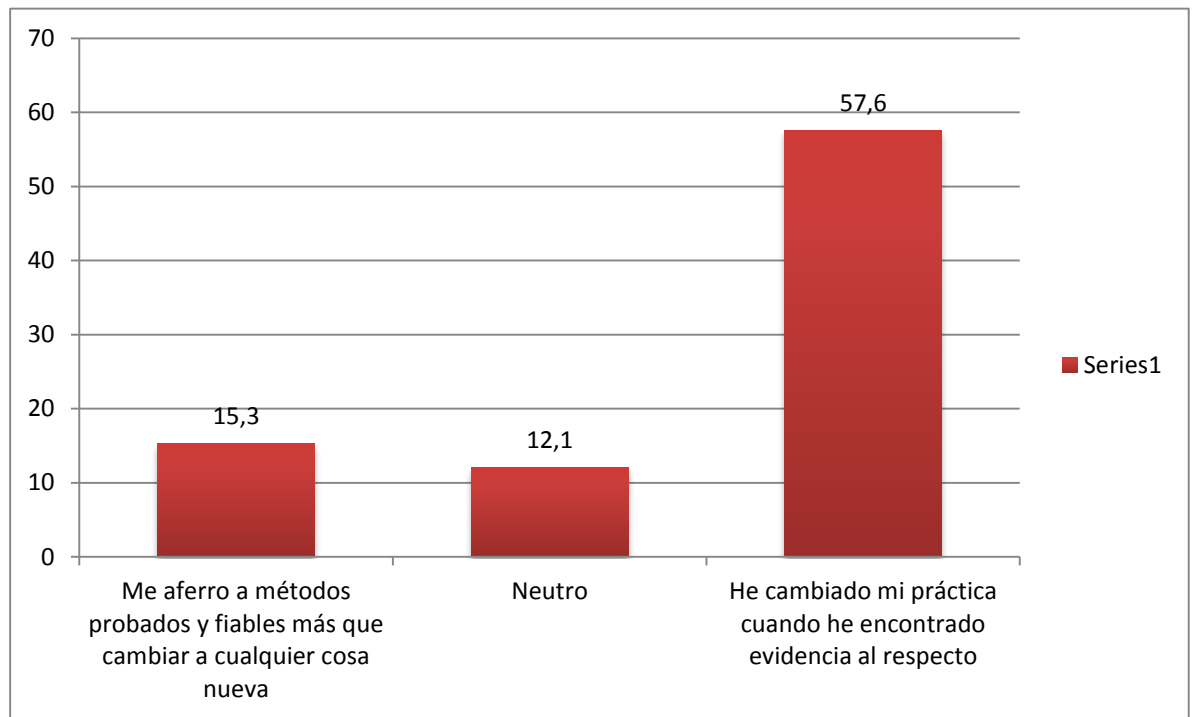
Gráfico 14. % agrupado de la Escala Likert del fundamento de la PCBE



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: Frente a la afirmación si la práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo el 67,3% sitúa su respuesta en la escala entre 4 y 7 puntos, es decir considera la práctica basada en la evidencia fundamental para la práctica clínica, frente al 26,7% que considera que la práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo.

Gráfico 15. % agrupado de la Escala Likert de los cambios en la práctica por la evidencia científica.



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: Finalmente el 69,7% de los profesionales califican que la práctica ha cambiado cuando han encontrado evidencia al respecto y el 24,6% se aferran a métodos probados y fiables más que a cambiar a cualquier cosa nueva.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos categoría Percepción de la PCBE						
	N	Míni mo	Máxi mo	Suma	Media	Desv. Típ.
Carga Trabajo Actualización	266	0	7	1 100	,14	2, 014
Cuestionamiento Práctica	65	0	7	1 228	4 ,63	2, 258
PCBE Pérdida Tiempo	65	0	7	1 275	4 ,81	2, 545
Uso Métodos Probados VS Nuevos	265	0	7	1 262	4 ,76	2, 296
N válido (según lista)	2 60					

Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: En general y según el análisis de los estadísticos descriptivos (tabla 6) en la categoría de la percepción de la importancia de la práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) por parte de los profesionales se observan los siguientes hallazgos:

- Que el profesional considera importante la PCBE pero que su carga de trabajo es excesiva para obtener el tiempo suficiente ($x: 4,14$ $\sigma: 2,014$).

- Que se reciben de forma más o menos positivamente los cuestionamientos sobre la práctica profesional, aunque existe un alto número que no la reciben de forma agradable (x: 4,63 σ : 2,258).
- Los profesionales consideran importante la PCBE para la práctica profesional, siendo este ítem el más alto en una escala Likert (x: 4,81 σ : 2,545).

Los profesionales tienden a cambiar su práctica cuando ha sido demostrada una evidencia científica al respecto aunque se observa ciertas resistencias para ello (x: 4,76 σ : 2,296)

Tabla 7. Correlaciones categoría Percepción PCBE

PERCEPCIÓN SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA								
	Carga de trabajo y actualización en evidencia		Usos probados nuevos		Cuestionamiento de la práctica		Necesidad PCBE	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Años de profesión	43,361	0,003						
Años en el Hospital			45,398	0,002				
Profesión	121,783	0,001						
Sexo					30,377	0,007	25,601	0,029

Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: El análisis bivariante ha establecido algunas asociaciones entre las variables sociodemográficas y los ítems de esta categoría (tabla 7).

Los años de profesión se asocian a la carga de trabajo para usar la evidencia científica (χ^2 : 43,631 p=0,003). Siendo considerada como elevada por parte de todos los grupos de participantes.

Los profesionales consideran que se deben utilizar los nuevos métodos si existen evidencias científicas de su utilidad, asociándose a los años laborando en el hospital (χ^2 : 45,398 p=0,002)

La categoría profesional se asocia a la carga de trabajo para el uso de la evidencia científica en la práctica profesional (χ^2 : 121,783 p=0,001), siendo los médicos lo que buscan más espacios en su trabajo para estar actualizados en la última evidencia con respecto a la enfermeras.

En la asociación entre el sexo y el cuestionamiento sobre la práctica clínica (χ^2 : 30,377 p=0,007), las mujeres plantean que se sienten peor si se les cuestiona su actividad que los hombres.

La gran parte de los profesionales consideran que la PCBE es fundamental para la actividad profesional relacionándose con el sexo (χ^2 : 25,601 p=0,029) pero aparece un mayor porcentaje de mujeres que consideran que es una pérdida de tiempo comparado con los hombres respecto a esa afirmación.

Competencias profesionales para el desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica

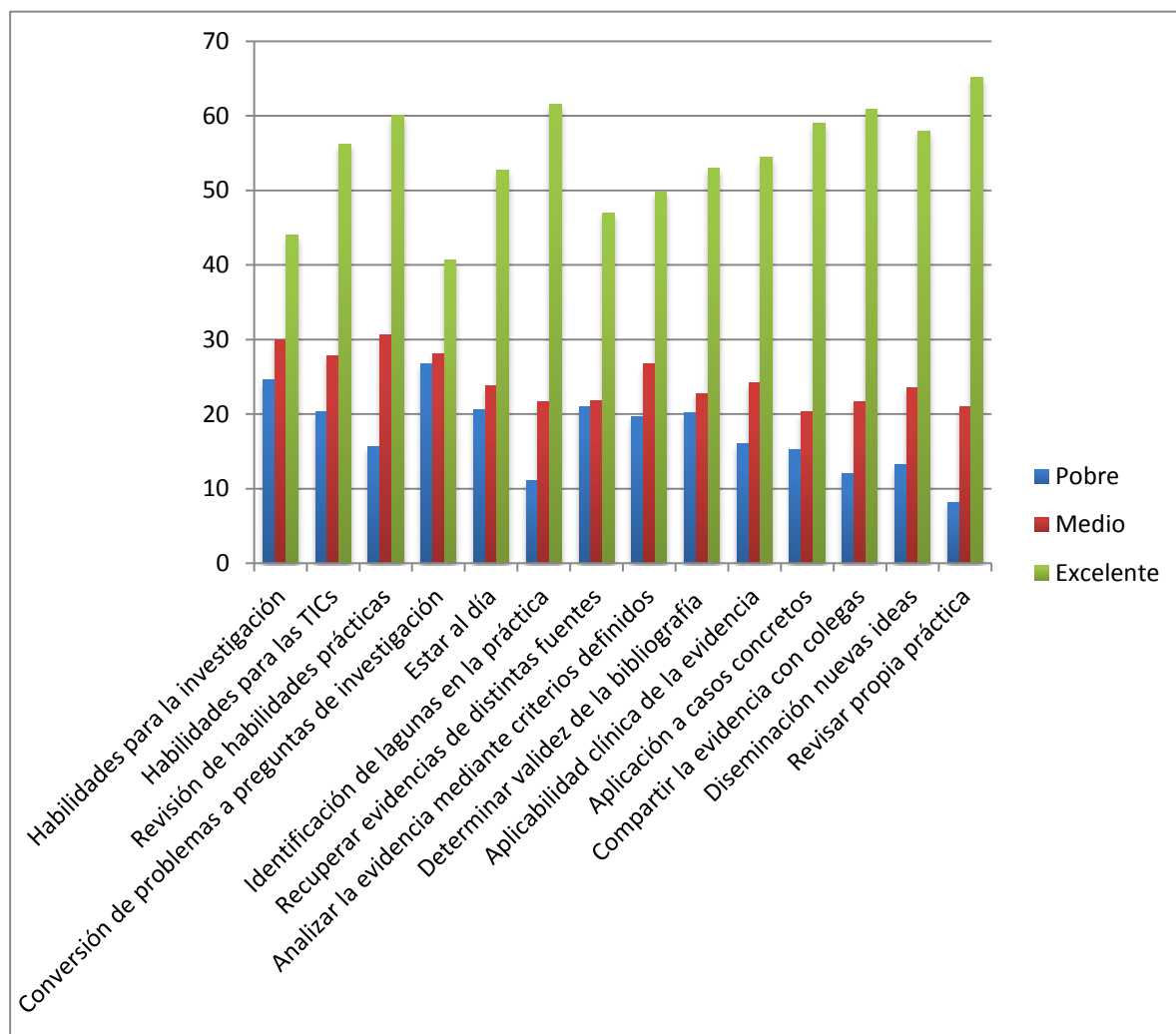
Tabla 8. Competencias profesionales para el desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica

RESOLUCIÓN DE LAGUNAS SURGIDAS EN EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES														
Ítem	Nunca		2		3		4		5		6		Frecuentemente	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Habilidades para la investigación	10	3,6	23	8,2	36	12,8	84	29,9	76	27	24	8,5	17	8,5
Habilidades para las TICs	2	0,7	14	5	41	14,6	78	27,8	64	22,8	47	16,7	24	16,7
Revisión de habilidades prácticas	1	0,4	11	3,9	32	11,4	86	30,6	65	23,1	52	18,5	18	18,5
Conversión de problemas a preguntas de investigación	4	1,4	27	9,6	44	15,7	79	28,1	50	17,8	41	14,6	23	8,2
Estar al día	4	1,4	15	5,3	39	13,9	67	23,8	78	27,8	54	19,2	16	5,7
Identificación de lagunas en la práctica	1	0,4	4	1,4	26	9,3	61	21,7	87	31	51	18,1	35	12,5
Recuperar evidencias de distintas fuentes	5	1,8	12	4,3	42	14,9	78	21,8	72	25,6	42	14,9	18	6,4
Analizar la evidencia mediante criterios definidos	1	0,4	14	5	40	14,2	75	26,7	78	27,8	47	16,7	15	5,3
Determinar validez de la bibliografía	2	0,7	15	5,3	40	14,2	64	22,8	79	28,1	48	17,1	22	7,8
Aplicabilidad clínica de la evidencia	2	0,7	11	3,9	32	11,4	68	24,2	85	30,2	50	17,8	18	6,4
Aplicación a casos concretos	2	0,7	12	4,3	29	10,3	57	20,3	86	30,6	58	20,6	22	7,8
Compartir la evidencia con colegas	2	0,7	7	2,5	25	8,9	61	21,7	68	24,2	69	24,6	34	12,1
Diseminación nuevas ideas	2	0,7	3	1,1	32	11,4	66	23,5	82	29,2	57	20,3	24	8,5
Revisar propia práctica	3	1,1	5	1,8	15	5,3	59	21	83	29,5	69	24,6	31	11

Fr: Frecuencia %: Porcentaje válido

Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Gráfico 16. Distribución agrupada de porcentajes de la categoría Competencias profesionales para el desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica



Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: De los datos recogidos en esta categoría del cuestionario podemos observar que el 56,9% de los profesionales califican en la escala tener buenas habilidades para investigar, el 3,6% califica no tener ninguna habilidad de investigación.

Los profesionales encuestados responden en un 75,8% tener de buenas a excelentes habilidades con las tecnologías de la información, frente al 22,1% que contestan tener de moderadas a pobres habilidades para las Tics.

En lo referente al monitoreo y revisión de habilidades practicas el 53,7% se ubica en la mitad de la escala (4-5) es decir bueno, el 24,9% considera realizar este proceso en forma excelente, el 15,3% en forma no muy buena y el 4% lo hace pobremente.

El 28,1% manifiesta tener un proceso de conversión de las necesidades de información en preguntas de investigación buena, 40,6% dice tener un proceso entre muy bueno y excelente, frente al 15,7% que considera tener un proceso de conversión poco bueno y el 13,1% lo considera pobre.

El 51,6% de los profesionales consideran estar actualizados medianamente, el 24,9 % contesta que su actualización es excelente, y el 20,6% refiere su actualización de regular a pobre.

En relación a la capacidad para identificar las lagunas en la práctica profesional el 83,3% de los profesionales contestan poder hacerlo en forma muy buena a excelente, mientras que el 14,7% manifiestan estar poco y pobremente preparados.

En cuanto al conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes el 53,4% de los profesionales ubica su contestación de la escala entre bueno y muy buena, el 21,3% considera tener una excelente habilidad frente al 23,1% que manifiesta tener de malo a muy pobre conocimiento.

El personal de salud encuestado manifiesta tener capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos (76,5%), sin embargo el 21,4% siente no tener esta capacidad o que es demasiado pobre.

75,8% de los profesionales sienten tener una capacidad buena a excelente para determinar la validez del material encontrado, el 22% lo califica su habilidad de mala a pobre.

El análisis nos revela que el 78,6% de los profesionales encuentran una muy buena a excelente aplicabilidad de la información científica, lo que hace que el 79,3% manifieste que tienen una muy buena a excelente capacidad de aplicar la información a su práctica profesional.

El 82,6% de los profesionales indican compartir la información en forma muy buena y excelente, relacionada esta pregunta con la difusión de nuevas ideas las mismas que reportan ser transmitidas de forma muy buena a excelente en el 81,5%

El 86,1% de los profesionales manifiestan tener capacidad de revisar su propia práctica entre muy bueno y excelente y el 11,8% califica esta habilidad como de mala a pobre

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las Competencias profesionales para el desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica

	N	Mínimo	Máximo	Suma	Media	Desv. Típ.
Habilidades Investigación	275	0	7	1143	4,16	1,500
Habilidades Tics	275	0	7	1235	4,49	1,476
Revisión Habilidades Prácticas	275	0	7	1226	4,46	1,507
Práctica Pregunta Investigación	274	0	7	1163	4,24	1,588
Esta al Día	273	0	7	1241	4,55	1,382
Lagunas Práctica	275	0	7	1317	4,79	1,535
Recuperar Evidencia	275	0	7	1205	4,38	1,471
Lectura Crítica	275	0	7	1226	4,46	1,389
Validez Bibliografía	275	0	7	1245	4,53	1,468
Aplicabilidad Clínica	275	0	7	1243	4,52	1,493
Aplicación Concreta	275	0	7	1273	4,63	1,536
Compartir Información Colegas	275	0	7	1327	4,83	1,573
Diseminación Nuevas Ideas	275	0	7	1288	4,68	1,484
Revisar Práctica	275	0	7	1340	4,87	1,541
N válido (según lista)	272					

Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: Como se observa en el gráfico y teniendo en cuenta el análisis de los descriptivos (tabla 8) podemos afirmar en general, que los profesionales perciben sus habilidades para la investigación y el uso de las Tics como limitadas, aunque estas últimas algo más desarrolladas ($x: 4,16 \sigma: 1,5$; $x: 4,49 \sigma: 1,476$ respectivamente). De igual forma, los profesionales consideran que no revisan y monitorean de forma excelente sus prácticas ($x: 4,46 \sigma: 1,507$) y que sus problemas de investigación son no siempre transformados a preguntas de investigación ($x: 4,24 \sigma: 1,588$).

Se ha de destacar que los profesionales tienden a considerar que están al día en su práctica pero aun así el puntaje es bajo ($x: 4,55 \sigma: 1,382$). Sin embargo se acercan algo más a la excelencia en intentar identificar las lagunas de su práctica diaria ($x: 4,79 \sigma: 1,535$).

En lo referente a las fuentes de información científica que se utilizan y la validez de las mismas, se observa que los puntajes se sitúan algo más de la mita de la escala Likert de 0-7 puntos, pero que no superan el umbral para alcanzar la excelencia, sino más bien se plantean limitaciones importantes. De recuperar evidencia de diferentes fuentes ($x: 4,38 \sigma: 1,471$), realizar una lectura crítica de la evidencia ($x: 4,46 \sigma: 1,389$), capacidad de determinar la validez de los estudios ($4,53 \sigma: 1,468$) y la aplicabilidad clínica de la información científica ($x: 4,52 \sigma: 1,493$), son estas dos últimas las que tienden a la mejora de la PCBE.

Destaca que se presentan la aplicación correcta de la práctica y la disseminación de las ideas como peor situadas ($x: 4,63 \sigma: 1,536$; $x: 4,68 \sigma: 1,484$ respectivamente) frente al compartir información con los colegas ($x: 4,83 \sigma: 1,573$) y la revisión de la práctica ($x: 4,87 \sigma: 1,541$).

Tabla 9. Asociación de variables sociodemográficas con las Competencias profesionales para el desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica

COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA LA PCBE																						
	Habilidades en investigación		Habilidades en TICs		Lectura crítica de artículos		Problema o pregunta investigación		Aplicabilidad clínica		Revisión práctica		Recuperar evidencia		Validez bibliografía		Aplicación concreta de la evidencia		Estar al día		Diseminación evidencia	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Años de profesión	46,508	0,001	35,368	0,026	42,308	0,004	39,124	0,009	37,467	0,015												
Años en la unidad	40,429	0,007	33,634	0,040	50,103	0,000																
Años en el Hospital	43,483	0,003	33,093	0,045	41,519	0,005	40,41		37,044	0,017	40,979	0,006	46,19	0,001	31,195	0,035	32,599	0,051				
Profesión	171,432	0,000	130,122	0,000	140,109	0,000	151,151	0,000	135,101	0,000	115,346	0,003	140,797	0,000	134,037	0,000	205,502	0,000	139,379	0,000	127,708	0,000
Sexo							29,393	0,009			28,982	0,011	33,364	0,003					28,44	0,005		
Edad	79,248	0,000	70,352	0,000	75,813	0,001	93,02	0,000	72,207	0,003	74,129	0,002	75,593	0,002	74,88	0,001			61,495	0,005		

Fuente: Encuesta a médicos y personal de enfermería de los hospitales de Imbabura pertenecientes al Proyecto de gestión de la Calidad de los Cuidados de Enfermería Hospitalarios.

Análisis e interpretación: El análisis de asociación entre las variables sociodemográficas y los ítems de esta categoría, como en casos anteriores, también ha arrojado algunos aspectos a destacar (Tabla 9).

Los años laborando en la unidad se asocian con la percepción de las habilidades para desarrollar investigación (χ^2 : 40,429 p=0,007), considerando estas habilidades en la mitad de la escala Likert de 7 puntos. Lo mismo ocurre en las habilidades para el manejo de las Tics (χ^2 : 33,634 p=0,040) y la lectura crítica de artículos científicos (χ^2 : 50,103 p<0,001). Esta asociación anteriormente mencionada se da con los años de profesión (χ^2 : 46,508 p=0,001; χ^2 : 35,368 p=0,026; χ^2 : 42,308 p=0,004 respectivamente). Pero además existe también asociación entre los

años de profesión y la elaboración de preguntas de investigación para la práctica. (χ^2 : 39,124 $p=0,009$).

Los años de profesión se asocian a la capacidad de aplicar la evidencia científica a la práctica clínica (χ^2 : 37,467 $p=0,015$), siendo los de más de 6 años de profesión los que tienden a la excelencia.

Tal y como se puede observar en la tabla anterior, los años trabajando en el hospital son lo que se relacionan con prácticamente todos los ítems relacionados con las competencias profesionales para el manejo y desarrollo de la PCBE.

En la asociación entre las habilidades para investigar y la profesión (χ^2 : 171,432 $p<0,001$) cómo las enfermeras no han señalado en ningún caso la excelencia mientras que los médicos en un pequeño porcentaje si lo han hecho, por lo que su percepción a este respecto es de mayor uso y manejo de la misma. El resto de participantes se sitúan en la mitad de la escala incluso ligeramente más hacia la excelencia en las enfermeras. De igual forma que en el caso anterior, aparece asociación entre las habilidades en el uso de las Tics y la profesión (χ^2 : 130,122 $p<0,001$), siendo la percepción del médico de mayor habilidad que las enfermeras.

La profesión se asocia a la revisión y monitorización de habilidades prácticas (χ^2 : 115,346 $p=0,003$), a la conversión de las necesidades de información a preguntas de investigación (χ^2 : 151,151 $p<0,001$), estar al día en la última evidencia (χ^2 : 179,379 $p<0,001$), con la capacidad de identificar lagunas de información en la práctica (χ^2 : 101,797 $p=0,031$), conocimiento para recuperar evidencia científica (χ^2 : 149,797 $p<0,001$), capacidad de realizar una lectura crítica de la evidencia (χ^2 : 148,109 $p<0,001$), capacidad de reconocer la validez de la bibliografía encontrada (χ^2 : 134,037 $p<0,001$) y la aplicabilidad clínica de esta evidencia (χ^2 :

135,101 $p < 0,001$) en casos concretos (χ^2 : 205,502 $p < 0,001$), la diseminación de nuevas ideas a los colegas (χ^2 : 127,708 $p < 0,001$) y la capacidad para revisar la propia práctica (χ^2 : 97,562 $p = 0,057$).

La revisión y monitoreo de las habilidades prácticas se relaciona (χ^2 : 28,982 $p = 0,011$), las conversión de las lagunas en la práctica a preguntas de investigación (χ^2 : 29,393 $p = 0,009$), estar al día (χ^2 : 28,440 $p = 0,005$), la capacidad de identificar lagunas en la prácticas (χ^2 : 35,317 $p = 0,001$) y la capacidad de recuperar la bibliografía a partir de la pregunta de investigación (χ^2 : 33,364 $p = 0,003$) con el sexo. Se observa que la mujer es más crítica con estas afirmaciones variando de peor a excelente más que en los hombres, aunque la mayoría se sitúa en la mitad de la escala.

Según se observa en la tabla, la edad está relacionada con la mayoría de los ítems de competencias profesionales en habilidades de PCBE, denotándose una tendencia más crítica de los profesionales mayores de 30 años sobre dichas competencias en investigación frente a los menores de 30 años que sitúan su percepción hacia la excelencia.

4.2 Discusión de Resultados.

En cuanto al perfil sociodemográfico de los datos encuestados a los médicos y profesionales de enfermería de los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el periodo 2014-2015, la investigación permite establecer lo siguiente.

En el estudio se observó que el grado de participación de los médicos ha sido superior que el de las enfermeras, siendo del 75,25% del total de población, mientras que las enfermeras han participado un 50,41%, como menciona (Álvarez, 2010), este problema se atribuye a que “La investigación de enfermería es un área relativamente nueva que trata de dar a la práctica enfermera unos fundamentos que puedan ser defendidos sobre las bases del conocimiento científico”.

La población que predominó fue femenina y adulta joven. Llama la atención que solo un 1,6 % corresponden a la tercera edad (adulto mayor) que fluctúan entre los 60-69 años de edad, lo que concuerda con otros estudios como el de (Cogollo, 2009), que demostró que el 89,6% son mujeres y solo un 10,4% son hombres y que el 71,7% del personal encuestado son menores de 40 años de edad y un 28,3% eran mayores de 40 años.

En relación entre el tiempo que llevan de servicio y la calidad de atención prestada un 46,8% del personal tiene menos de 5 años trabajando en el mismo hospital, lo que podría según la literatura científica perjudicar en la continuidad de los cuidados proporcionados a los pacientes, lo que concuerda con otros estudios como el de (Meza, 2009), que concluyó que el 60,9% de la muestra tiene menos de 10 años de trabajar en el Hospital. La mayoría de las enfermeras llevan menos de 5 años trabajando en la unidad, lo cual apoya el hecho de que en la actualidad ocurra en la profesión, una importante inestabilidad y movilidad laborales.

4.2.1 Estrategias de PCBE para la Resolución de lagunas surgidas en el conocimiento de los profesionales

Relacionando las frecuencias de los diferentes ítems con los estadísticos descriptivos, podemos afirmar respecto a la categoría de cómo los profesionales han resuelto las posibles lagunas en su conocimiento, la media se sitúa en 4,405 con una desviación típica de 2,147.

Esto supone que se sitúa en la mitad de la escala Likert de 1-7 puntos, indicando que se planteen limitaciones de los profesionales para resolver estas lagunas en la evidencia científica, como menciona (Diaz, 2009), en la época actual el profesional de la salud en su contacto diario con los pacientes presenta por una parte, lagunas del conocimiento a las cuales debe dar respuesta, y por otra, cuenta con un abrumador caudal de información, pero no dispone de la habilidad ni del tiempo para poder actualizarse.

Por otra parte (Milanes, 2009), nos menciona que para responder a estas dudas, generalmente hacen uso de la experiencia del conocimiento acumulado, bien de forma personal o consultando a un colega más experto, y cuando esto no es suficiente, acuden a los libros de texto o las revistas biomédicas. Por este motivo nos encontramos con una media en el personal de salud que considera que frecuentemente se encuentran evaluando su práctica.

Los profesionales de menos tiempo en la unidad (0-5 años) tienden a considerar que lo usan más frecuentemente que las de más de 6 años en adelante. Se observan diferencias significativas entre la percepción del uso de esta práctica entre enfermeras y médicos. Los médicos consideran que las usan frecuentemente mientras que las enfermeras reconocer hacerlo menos. Aparece asociación entre la profesión, edad y búsqueda de evidencia científica a partir

de una pregunta. No existen grandes diferencias entre médicos y enfermeras hacia la tendencia de hacerlo frecuentemente.

Tanto los médicos como las enfermeras consideran que integran de forma más o menos frecuente la evidencia científica a su práctica profesional, observando asociación entre esta cuestión y la profesión. Por último la evaluación de la práctica profesional se asocia al sexo de igual forma que en los casos anteriores, siendo las mujeres más críticas con la frecuencia de dicha evaluación ligeramente menor que en los hombres, como menciona, (Gomez, 2008), la inaccesibilidad a las fuentes de evidencia y/o falta de destreza en el análisis de la información, en el fondo da como resultado el mismo la incapacidad para incorporar de manera homogénea conocimiento válido y fiable desde el punto de vista científico en la práctica clínica individual, mientras que (Galvez, 2008), 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 las que nombra la falta de conocimiento, motivación insuficiente y negación a asumir responsabilidades.

4.2.2 Percepción sobre la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE)

El profesional considera importante la PCBE pero su carga de trabajo es excesiva para obtener el tiempo suficiente ($x: 4,14 \sigma: 2,014$), como menciona en su estudio (García, 2010), el personal de salud tiene un alto riesgo de experimentar una excesiva sobrecarga de trabajo. Del mismo modo (Hernández, 2010), señala que la reestructuración y la reducción de personal tienen un impacto considerable sobre el personal de enfermería, de modo que, con menos personal cualificado para el cuidado de los pacientes, la sobrecarga laboral se ve dramáticamente incrementada. Por tal motivo se evidencia la dificultad de estar actualizándose constantemente.

La gran parte de los profesionales consideran que la PCBE es fundamental para la actividad profesional. Se evidenció que los profesionales reciben de forma más o menos positivamente los cuestionamientos sobre la práctica profesional, cabe destacar que existe un alto número que no la reciben de forma agradable ($x:4,63 \sigma: 2,258$). Los profesionales consideran importante la PCBE para la práctica profesional, siendo este ítem el más alto en una escala Likert ($x: 4,81 \sigma: 2,545$). Los profesionales tienden a cambiar su práctica cuando ha sido demostrada una evidencia científica al respecto aunque se observa ciertas resistencias para ello ($x: 4,76 \sigma: 2,296$), como se menciona en estudios anteriores como el de (Gómez, 2008), que nos dice, cuando no hay evidencia científica disponible el personal de salud tiende a basar sus decisiones en su exclusiva experiencia y la posibilidad de equivocarse aumenta. Por tal motivo las observaciones personales son escasas y no sistematizadas, la memoria es selectiva, las apreciaciones sesgadas, la mente no elabora comparaciones entre pacientes equiparables.

4.2.3 Competencias profesionales para el desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica

Según lo analizado podemos afirmar que los años de profesión se asocian a la capacidad de aplicar la evidencia científica a la práctica clínica (χ^2 : 37,467 p=0,015), cabe destacar, que los profesionales en general perciben sus habilidades para la investigación y el uso de las Tics como limitadas, aunque estas últimas algo más desarrolladas (x: 4,16 σ : 1,5; x: 4,49 σ : 1,476 respectivamente). De igual forma, los profesionales consideran que no revisan y monitorean de forma excelente sus prácticas (x: 4,46 σ : 1,507) y que sus problemas de investigación son no siempre transformados a preguntas de investigación (x: 4,24 σ : 1,588). Se ha de destacar que los profesionales tienden a considerar que están al día en su práctica pero aun así el puntaje es bajo (x: 4,55 σ : 1,382). Sin embargo se acercan algo más a la excelencia en intentar identificar las lagunas de su práctica diaria (x: 4,79 σ : 1,535). En lo referente a las fuentes de información científica que se utilizan y la validez de las mismas, se observa que los puntajes se sitúan algo más de la mitad de la escala Likert de 0-7 puntos, pero que no superan el umbral para alcanzar la excelencia, sino más bien se plantean limitaciones importantes.

De recuperar evidencia de diferentes fuentes (x: 4,38 σ : 1,471), realizar una lectura crítica de la evidencia (x: 4,46 σ : 1,389), capacidad de determinar la validez de los estudios (4,53 σ : 1,468) y la aplicabilidad clínica de la información científica (x: 4,52 σ : 1,493), son estas dos últimas las que tienden a la mejora de la PCBE. Destaca que se presentan la aplicación correcta de la práctica y la disseminación de las ideas como peor situadas (x: 4,63 σ : 1,536; x: 4,68 σ : 1,484 respectivamente) frente a compartir información con los colegas (x: 4,83 σ : 1,573) y la revisión de la práctica (x: 4,87 σ : 1,541), como se menciona en estudios anteriores como el de (Jardines, 2010), que establece que el desarrollo de las Tecnologías de la Información y la

Comunicación (TIC) ha cambiado la manera cómo generamos, almacenamos, buscamos, procesamos, compartimos y debatimos la información.

La salud es de las áreas más impactadas por los cambios ocasionados por la emergencia de internet y las TIC, desarrollándose nuevas prácticas que pueden permitir la mejora de la investigación científica. El avance rápido de las TIC y su uso a través de dispositivos inalámbricos e interconectados permite mejorar las habilidades para la investigación, gracias a las facilidades de acceso y utilidades de los sistemas de información en el área de la salud (Jardines, 2010).

CAPITULO V

5.1 Conclusiones.

1. Aparecen diferencias significativas como la edad, el género, años de profesión y años trabajados en un determinado hospital y unidad tal entre enfermeras y médicos, así como por variables
2. Identificamos las limitaciones en los participantes para resolver las lagunas en la evidencia científica en su práctica clínica, siendo la carga de trabajo excesiva la causa del tiempo insuficiente para consultar fuentes de información científica.
3. La Práctica Clínica Basada en Evidencia sigue estando condicionada por factores como el nivel de participación de las enfermeras en los asuntos del hospital, en el fundamento enfermero y el apoyo de los gestores, y la relación de enfermero-medico.
4. Las enfermeras y médicos mostraron actitudes positivas hacia la Práctica Clínica Basada en Evidencia y su uso para apoyar la toma de decisiones clínicas.
5. Las dimensiones analizadas de actitudes, conocimientos y habilidades influyen en la percepción y aplicación de la Práctica Clínica Basada en Evidencia.
6. Observamos cierta resistencia por parte de algunos profesionales para modificar la práctica, aunque se evidencio una actitud positiva para hacerlo si se ha demostrado una evidencia científica.
7. Las fuentes de información científica que se utiliza, y la validez de las mismas, demuestra que no superan el umbral para alcanzar la excelencia, sino más bien se plantean limitaciones importantes.
8. Las actitudes, conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería y medicina condicionan la transferencia del conocimiento y la Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

9. Las habilidades para la búsqueda de información científica en los médicos y personal de enfermería no se encuentra en relación a la aplicación de la evidencia científica que se presenta en las bases de datos y revistas científicas.

5.2 Recomendaciones

1. Es necesario que los profesionales de enfermería respeten los valores y actitudes aplicando los códigos de ética en todas las actividades a realizarse en el día a día de nuestras vidas.
2. Enfatizar la búsqueda de información científica en los estudiantes para la formación continua y de excelencia en su futuro profesional.
3. Analizar un plan en investigación en cada uno de los establecimientos de salud, para el desarrollo del profesional y la excelencia de la unidad.
4. Brindar la mejor evidencia existente al profesional de salud, para mejorar la calidad en atención que se presta a los usuarios, implementando la Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, P. (2010). PAPEL DE ENFERMERAS Y MÉDICOS EN LA. *SEDEN*.

Anónimo. (2013). *Concepto.de*. Obtenido de Concepto.de: <http://concepto.de/investigacion-cientifica/>

Arbor., D. A. (1980). Health Administration Press. En D. A. Arbor., *The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol. Michigan.

Barcelona, J. J. (1990). Juran y el liderazgo para la calidad. En *Juran y el liderazgo para la calidad*. Barcelona.

Cabrero. (2010). Investigación en enfermería. *scielo*.

Coello, P. (2010). Enfermería basada en la evidencia hacia la excelencia en los cuidados.

Cogollo, M. (2009). Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. *AQUICHAN*.

Díaz, R. M. (2009). Medicina basada en la evidencia. *Scielo*.

Donabedian, A. (1993). *Clinical Performance and Quality Health Care*.

Eterovic Díaz C, S. B. (2011). Enfermería basada en la evidencia y formación profesional. *Ciencia enfermería*.

Galvez. (2008). Enfermería basada en evidencia. *scielo*.

Gálvez Toro, A. (2005). *Enfermería Basada en la Evidencia*.

- Garcia, J. (2010). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *scielo*.
- Gomez, d. I. (2008). La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *scielo*.
- Guillen. (2009). Investigar en Enfermería ¿Por que y para que?
- Hernandez, C. (2010). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *scielo*.
- Jardines, M. (2010). Educación en red: mucho más que educación a distancia. *Educ Med*.
- Lizardo, C. (2013). Investigación científica y transferencia de información. En C. Lizardo, *Investigación científica y transferencia de información*.
- Martinez, J. (2010). Enfermería basada en evidencia. *scielo*.
- Medina, E. (2010). Enfermería basada en la evidencia:. *Universidad Antioquia*.
- Meza, B. (2009). Estrés laboral en profesionales. *binasss*.
- Milanes, M. R. (2009). Medicina basada en evidencia. *scielo*.
- OMS. (15 de Agosto de 2013). *Organizacion Nacional en Salud*. Obtenido de Organizacion Nacional en Salud.
- Orellana, A. (2011). INVESTIGACION EN COMPETENCIAS. *SCIELO*.
- Palme, H. (1993). Principles and Practice. *Ambulatory Health Care Evaluation*.

Passalenti. (2010). Enfermería basada en evidencia. *scielo*.

Pio, I. (2011). Estrategias para resolver las preguntas. *LILACS*.

Raya, D. A. (2011). La investigación en enfermería en América Latina 2000-2010. *Scielo*.

Rojas. (2011). Investigación en Enfermería.

Sánchez J, A. E. (2010). Introducción a la Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. En A. E.

Sánchez J, *Atención Sanitaria Basada en la Evidencia* (págs. 16-46). Murcia.

Standardization., I. O. (1989). Quality: terms and definitions. *Quality: terms and definitions*.

ANEXOS

1. Glosario de términos

- **Atención sanitaria:** Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
- **Base de datos:** es un conjunto de datos pertenecientes a un mismo contexto y almacenados sistemáticamente para su posterior uso.
- **Características del paciente:** Atributos seleccionados de un paciente.
- **Casi error / “near miss”:** Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes: Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco; Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; Hecho que estuvo a punto de ocurrir; Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.
- **Complicación:** Alteración del curso de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica, así como de la reacción adversa que se considera como daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.
- **Concepto:** Elemento portador de significado.
- **Daño:** Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte. Daño asociado a la atención sanitaria: Daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión. Discapacidad: Cualquier

tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociada a un daño pasado o presente.

- **Descriptores lógicos:** es un sistema de conectores (relaciones lógicas) que se utiliza en los bancos de datos para obtener resultados específicos en tu búsqueda de información
- **Detección:** Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.
- **Efecto secundario:** Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.
- **Error (condición) latente:** Aquellas condiciones que permanecen sin efecto largo tiempo y que combinadas con otros factores pueden producir efectos en momentos determinados Incluyen: circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc. Fallo del sistema: Defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización.
- **Error activo:** Aquellos errores cometidos por personas en contacto directo con el paciente cuyos efectos aparecen rápidamente. Suelen ser llamados también errores "a pie de cama". Incluyen: fallos de la atención, despistes, distracciones lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas. La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.
- **Evento adverso / efecto adverso /resultado adverso:** Daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente.
- **Evento:** algo que ocurre a un paciente.

- **Falla de la atención en salud:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la actuación de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos o mediante la no ejecución de los procesos correctos, en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.
- **Grado de daño:** Gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.
- **Implicaciones para enfermería:** Todo aquello (políticas, planes, programas, normas, estándares, requisitos) que en sí mismo repercute o puede significar para la enfermería en su ser y hacer en los diferentes roles en los que interactúa: asistencial, educativo, gerencial e investigativo.
- **Indicio de atención insegura:** un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **Lesión:** Daño producido a los tejidos por un agente o un evento.
- **Mala praxis:** Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de calificación similar.
- **Negligencia:** Error difícilmente justificable ocasionado por desidia, apatía, abandono, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.
- **Paciente:** Persona que recibe atención sanitaria.

- **Práctica clínica segura:** Aquellas prácticas sobre las que hay evidencia consistente, prometedora o intuitiva que reducen el riesgo de sucesos adversos relacionados con la atención sanitaria.
- **Reacción adversa:** Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.
- **Repositorio digital:** es un sitio centralizado donde se almacena y mantiene información digital, habitualmente bases de datos o archivos informáticos.
- **Resultado para el paciente:** Repercusiones en un paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente.
- **Riesgo asistencial:** Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidades. Más actividad, más complejidad, más profesionales, más tecnología, más especialización conllevan más riesgos asistenciales.
- **Riesgo asistencial:** Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidades. Más actividad, más complejidad, más profesionales, más tecnología, más especialización conllevan más riesgos asistenciales.
- **Riesgo asistencial:** Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidades. Más actividad, más complejidad, más profesionales, más tecnología, más especialización conllevan más riesgos asistenciales.

- **Rol funcional de enfermería:** Es un conjunto de competencias, funciones, actividades o tareas que desarrolla el profesional de enfermería en un área específica de actuación o desempeño.
- **Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- **Seguridad del paciente:** Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria. El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento.
- **Seguridad:** Reducción del riesgo de daño innecesario hasta un mínimo aceptable.
- **Suceso centinela:** Evento inesperado que produce muerte o lesión grave física o psíquica o que podría haberlas producido. Se denomina centinela porque cada uno de ellos precisa de investigación y respuesta inmediatas. Algunos autores lo denominan "Suceso vergüenza".
- **Tesauros:** es la lista de palabras o términos controlados empleados para representar conceptos.
- **Tipo de incidente:** Término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir Características acordadas.

2. Cuestionario de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia

Esta encuesta validada denominada Cuestionario de Efectividad Clínica Basada en la Evidencia (CEBBE) está enmarcada en el proyecto de investigación sobre gestión de la calidad de los servicios de salud que se está llevando a cabo desde la UTM en colaboración con su hospital. Le rogamos responda con la mayor sinceridad posible. Si tiene alguna duda puede ponerse en contacto con su líder o bien a través del correo electrónico del Dr. Jesús Molina (jmolina@utma.edu.ec), MSc Janeth Yaca (jyaca@utma.edu.ec) o MSc Paulina Muñoz (pmunoz@utma.edu.ec). Debe tener en cuenta que sus datos serán totalmente confidenciales en los que únicamente el equipo de investigación podrá acceder. Le agradecemos mucho su colaboración.

Unidad				Años en la unidad	0-5	6-10	>10
Años de profesión	0-5	6-10	>10	Años en el Hospital	0-5	6-10	>10
Profesión				Año graduación			
Puesto				Especialidad			
Sexo	Hombres		Mujer				
Edad	20-29		30-39		40-49		50-59
	60-69						

Este cuestionario está diseñado para recoger información y opiniones sobre el uso de la práctica basada en la evidencia entre profesionales sanitarios. No hay respuestas correctas o erróneas, ya que solo estamos interesados en sus opiniones y el uso que usted hace de la evidencia en su práctica.

1. Con respecto a la atención prestada a algún paciente en el último año, ¿con qué frecuencia se ha hecho las siguientes cuestiones para responder a alguna posible laguna surgida en su conocimiento? (señale \surd o X):

Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como el principio del proceso para cubrir esta laguna:

Nunca

Frecuentemente

Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta

Nunca

Frecuentemente

Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada

Nunca

Frecuentemente

Integré la evidencia encontrada con mi experiencia:

Nunca

Frecuentemente

Evalué los resultados de mi práctica:

Nunca

Frecuentemente

Compartí esta información con mis colegas

Nunca

Frecuentemente

2. Por favor, indique (\surd o X) en qué lugar de la escala se situaría usted para cada uso de los siguientes pares de enunciados:

Mi carga de trabajo es demasiado grande para poder mantenerme al día con toda la nueva evidencia

La nueva evidencia es tan importante, que busco huecos de tiempo en mi trabajo para este fin.

Me siento mal que cuestionen mi práctica clínica

Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica

La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo

La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional

Me aferro a métodos probados y hablo más que cambiar a cualquier cosa nueva

He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.

3. En una escala de 1 a 7 (siendo 7 la mejor puntuación) ¿cómo se puntuaría a sí mismo/a?:

Por favor, rodee con un círculo el número elegido para cada enunciado							
	Pobre			Excelente			
Habilidades para la investigación	1	2	3	4	5	6	7
Habilidades con las tecnologías de la información	1	2	3	4	5	6	7
Monitorización y revisión de habilidades prácticas	1	2	3	4	5	6	7
Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación	1	2	3	4	5	6	7
Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes	1	2	3	4	5	6	7
Capacidad para identificar lagunas en mi práctica profesional	1	2	3	4	5	6	7
Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes	1	2	3	4	5	6	7
Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos	1	2	3	4	5	6	7
Capacidad de determinar la validez del material encontrado	1	2	3	4	5	6	7

Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)	1	2	3	4	5	6	7
Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos	1	2	3	4	5	6	7
Compartir las ideas y la información encontrada con los colegas	1	2	3	4	5	6	7
Diseminación de nuevas ideas sobre la atención a mis colegas	1	2	3	4	5	6	7
Capacidad de revisar mi propia práctica	1	2	3	4	5	6	7

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee.

3. Propuesta

3.1 Guía interactiva sobre la búsqueda de información científica.

3.1.1 *Introducción*

En la actualidad el desarrollo de habilidades para la búsqueda de información científica y su aplicación a la práctica clínica, ha sufrido un crecimiento exponencial en los últimos años, lo que supone que a mayor información más difícil resulte acceder a ella. **Fuente especificada no válida.** Algunos observatorios internacionales afirman que es un objetivo prioritario establecer las iniciativas y líneas de investigación que supongan una aportación y mejora de la calidad de vida de las personas.

Es por esto, por lo que se hace necesario establecer las diferentes estrategias para la búsqueda, obtención y optimización de las fuentes de información científica en este campo.

Una correcta búsqueda bibliográfica, basada en las técnicas documentales apropiadas, no solo facilitará y optimizará los recursos de la información disponible, sino que además dará rigor metodológico y evitará los sesgos de selección de documentación en los trabajos de investigación a desarrollar en el ámbito de la salud.

3.1.2 Objetivo General

Desarrollar competencias para el manejo de Fuentes Documentales, Búsqueda Bibliográfica y Análisis Documental.

3.1.3 Objetivos Específicos

- Dominar el glosario y abreviaturas más usadas en investigación científica.
- Identificar las técnicas documentales aplicadas a las investigaciones en ciencias de la salud.
- Determinar las fuentes de investigación en ciencias de la salud.
- Aprender búsqueda bibliográfica a profundidad.

3.1.4 Desarrollo de la guía

3.1.4.1 DeCS

Para este proceso usaremos una herramienta denominada DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) creada por BIREME para uso en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos, y otros tipos de materiales, así como para ser usado en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica en las principales bases de datos en Ciencias de la Salud.

Fue desarrollado a partir del MeSH - Medical Subject Headings de la U.S. National Library of Medicine con el objetivo de permitir el uso de terminología común para búsqueda en tres idiomas, proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de la información independientemente del idioma.

Los conceptos que componen el Decs son organizados en una estructura jerárquica permitiendo la ejecución de búsqueda en términos más amplios o más específicos o todos los términos que pertenezcan a una misma estructura jerárquica.

Por lo que si entramos en Decs y nos vamos a la opción de “Consulta” e introducimos nuestra palabra clave en la opción de “consulta por palabra” obtendremos una serie de términos que se asocian a dicha palabra y que corresponden a los descriptores autorizados por las principales bases de datos en Ciencias de la Salud. Nuestra función como investigador será la de escoger el término que mejor se acerca a nuestra palabra clave, tras la revisión y lectura de las definiciones de cada término.

En la mayoría de ocasiones nuestra palabra clave no corresponderá a un descriptor autorizado pero si leemos con detenimiento los términos asociados podremos comprobar que aunque son denominados de forma diferente responden a nuestras palabras clave.

Para poder ingresar a esta base de datos:

1. Primero ingresamos a un navegador: termino a buscar Decs.
2. Ingresamos a la página, luego a consulta al Decs: ingresamos la palabra clave luego en índice y se despliegan términos relacionados.
3. Selecciona el término acorde a lo que busca, mostrar y aparece el descriptor con: sinónimos, definición, nota de indización, calificadores permitidos, ocurrencia de este término en la BVS.
4. Como usar bases de datos:

También si introducimos nuestra palabra clave “cuidados de enfermería” en DeCS y pulsamos la opción de consulta (comprobar que está indicada la opción en español y palabra o término);

bvs DeCS Descriptores en Ciencias de la Salud
biblioteca virtual en salud

Consulta al DeCS

Idioma de los Descriptores Inglés Español Portugués

Consulta por Palabra
cuidados de enfermería
 Palabra o Término
 Descriptor Exacto

Consulta por Índice
 Alfabético
 Permutado
 Jerárquico

Para configurar el idioma de la interfaz y la presentación de los resultados

Fuente: Manual fuentes de información científica en Ciencia de la Salud.

Autor: Dr. Jesús Molina.

Obtenemos el siguiente cuadro, donde en este caso concreto aparece un solo descriptor autorizado, pero en otras ocasiones serán varios y podremos identificarlos en “Descriptores Encontrados”. DeCS nos proporciona el descriptor en tres idiomas y en este caso podemos ver como el descriptor autorizado no es el mismo que nuestra palabra clave, pero si leemos la definición se corresponde a lo que nos estamos refiriendo.

Expresión de búsqueda: CUIDADOS DE ENFERMERIA
 Descriptores Encontrados: 1
 Mostrando: 1 .. 1

Nº de Descriptores encontrados relacionados con la palabra clave introducida

1 / 1 DeCS

Descriptor Inglés: **Nursing Care**
 Descriptor Español: **Atención de Enfermería**
 Descriptor Portugués: **Cuidados de Enfermagem**
 Sinónimos Español: Cuidado de Enfermería
 Cuidados de Enfermería

Descripciones o términos autorizados por las principales bases de datos en Ciencias de la Salud

Términos asociados a las palabras

Categoría: [E02.750.611](#)
[N02.421.333](#)
[N02.421.385.611](#)

Definición Español: **Cuidados prestados al paciente por personal del servicio de enfermería.**
 Definición del descriptor

Nota de Indización Español: GEN & solamente para pacientes: ENFERMERIA = enfermero; legislación & jurisprudencia = LEGISLACION DE ENFERMERIA o ENFERMERIA (como primario) + JURISPRUDENCIA (como primario); prefiere /enfermería: Manual de la NLM 19.7+, 19.9.48

Precoord Español: Atención de Enfermería/economía use Economía de la Enfermería
Atención de Enfermería/educación use Educación en Enfermería
Atención de Enfermería/historia use Historia de la enfermería
Atención de Enfermería/legislación & jurisprudencia use Legislación de Enfermería

Calificadores Permitidos Español: CL clasificación SN estadística & datos numéricos
 MT métodos ST normas
 OG organización & administración PX psicología
 MA recursos humanos TD tendencias
 UT utilización ES ética

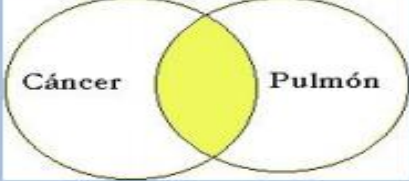
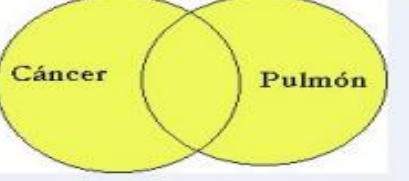
Número del Registro: 9918
 Identificador Único: 0009732

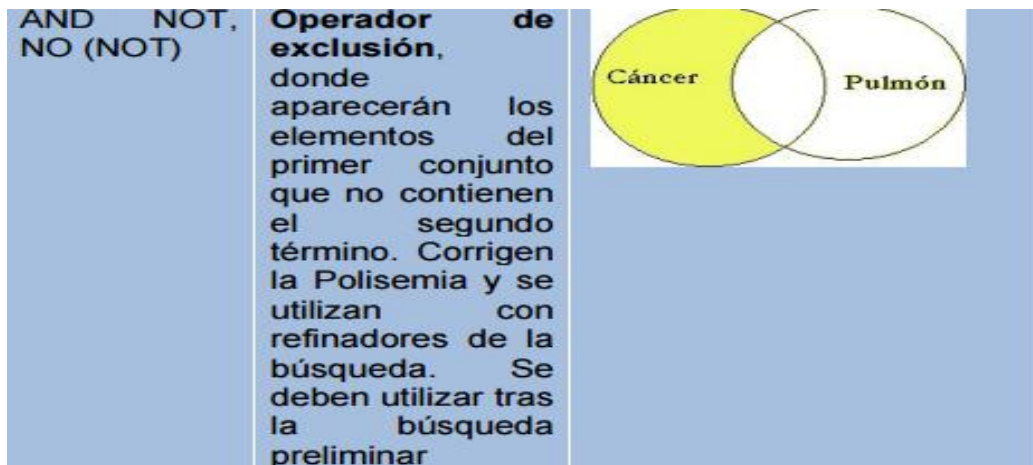
Nueva Consulta Config A

Fuente: Manual fuentes de información científica en Ciencia de la Salud.

Autor: Dr. Jesús Molina.

En esta fase además diseñamos nuestra combinación de los descriptores mediante operadores booleanos.

Operador	Función	Representación
Y (AND)	Operador de reducción, de intersección de dos conjuntos de búsqueda, obteniendo solo aquellos elementos comunes de los términos combinados	
O (OR)	Unión de conjuntos que amplía la búsqueda, donde se obtendrán al menos un término u otro, útil para el uso de sinónimos de un mismo término	



Fuente: Manual fuentes de información científica en Ciencia de la Salud.

Autor: Dr. Jesús Molina.

3.1.4.2 PubMed

Realizada por la NLM (Estados Unidos). Corresponde a tres repertorios impresos: Índice Medicus, Índice to Dental Literature, International Nursing Índice. Realizada desde 1966. Desde 1975 incluye resumen en más de 50% de sus referencias. Aproximadamente 4.700 revistas de todo el mundo en todos los idiomas. Áreas: Medicina: clínica, experimental, preventiva, tropical patologías, especialidades, forense y legal, Enfermería, medicina veterinaria. Toxicología, farmacología. Psiquiatría, psicología. Epidemiología, salud laboral, Salud pública, sistemas sanitarios de salud, educación de profesionales. Biología, bioquímica, microbiología, inmunología

3.1.4.3 MESH

(Medical Subject Headings). Más de 8.000 términos revisados anualmente. 70% de información anglosajona. . Escasa representación española y en español (56 revistas españolas en 2012) o

Relacionadas: PreMedline y OldMedline Para ingresar a la base de datos:

1. Ingresamos a un navegador: colocamos MEDLINE, seleccionamos la pestaña Home-PubMed- NCBI.
2. Una vez en la página principal de PubMed, seleccionamos la opción MESH (constituye la herramienta lingüística por excelencia para realizar búsquedas bibliográficas de alta calidad en PubMed), de esta manera se consigue resultados exactos.
3. Ingresamos la primera palabra del descriptor y buscar; se despliega una serie de términos y seleccionamos el termino acorde a lo que se va a investigar.
4. Ingresamos a la opción PubMed Search Builder, en donde encontramos el término a buscar con la palabra MESH, en este cuadro tenemos la opción de usar los operadores booleanos AND, OR y NOT.
5. Para que la búsqueda sea más específica se puede agregar más términos MESH, y colocar el término empirismo y a usar el booleano NOT, para evitar artículos referentes al tema y Search PubMed; o también seleccionando artículos en texto completo o publicados hace 5 años.
6. Finalmente selecciona el artículo, abrir y este se abrirá completo en formato PDF con toda la información acerca del estudio.

Otras bases de datos importantes serian:

3.1.4.4 *LILACS* - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Base de datos cooperativa del Sistema BIREME Comprende la literatura relativa a las Ciencias da Salud, publicada en los países de la Región, desde 1982. Contiene artículos de cerca de 670 revistas más conceptuadas del área de la salud, con más de 350 mil registros y otros documentos como tesis, capítulos de libros, anales de congresos o conferencias, informes científico-técnicos y publicaciones gubernamentales.

3.1.4.5 *IBECS*.- El Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) es una base de datos bibliográfica desarrollada bajo la misma metodología y tesauros que utilizan Medline y Lilacs, haciéndola compatible con ellas. Recoge publicaciones de ciencias de la salud españolas que han pasado criterios de calidad en cuanto a normas internacionales previamente establecidas. Incluye revistas de diferentes áreas de Ciencias de la Salud, tales como Medicina (incluyendo Salud Pública, Administración Sanitaria y Especialidades), Farmacia, Odontología, Psicología, Veterinaria, Enfermería y Fisioterapia. Actualmente cuenta con 145 revistas que han superado los niveles de calidad de editorial y de contenido y se encuentra disponible a través de la BVS-España de forma gratuita.

3.1.4.6 *Scielo* constituye un modelo de publicación electrónica de revistas científicas en Internet, que, además de contar con un riguroso sistema de control de garantía de calidad de su contenido, utiliza una metodología estructurada para facilitar el acceso al texto completo de los artículos, tanto en formato HTML como en PDF, cuando este último se encuentre disponible, posibilitando la consulta a la colección completa de revistas, así como recuperar la búsqueda mediante distintos índices (alfabéticos, autores, títulos, materias, etc.) y de formularios normalizados que amplían las posibilidades de acceso.

Otra ventaja que presenta el modelo Scielo es que desde las referencias bibliográficas de cada artículo, permite la conexión directa con las principales bases de datos bibliográficos internacionales, Medline, PubMed, LILACS y al Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS) si el artículo se encuentra referenciado en ellas. También permite la conexión con la publicación a texto completo si este ha sido editado en números anteriores de Scielo.

3.1.5 Conclusiones

1. La guía interactiva persiguió facilitar la comprensión del objetivo general, ofreciendo estrategias para el manejo de fuentes de investigación en ciencias de la salud, para que se conviertan en una herramienta útil para el investigador.
2. Esta guía se diseñó como una innovadora estrategia de enseñanza y aprendizaje en investigación científica, apoyada en las Tics.

3.1.6 Recomendaciones

1. Use siempre el DECS para transformar del lenguaje natural al lenguaje documental.
2. Use los operadores booleanos en todas sus búsquedas.
3. Escriba siempre los operadores booleanos en mayúsculas y en inglés.