

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“Práctica basada en evidencias y especialización en médicos del
Hospital Belén de Lambayeque y Referencial de Ferreñafe.
Lambayeque – 2022”**

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Línea de investigación: Salud Pública.

AUTORES:

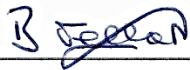
Caicedo Pisfil, Martin Kelwin
Cordova Chapoñan, Abel Ciro

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Pecsén Monteza, José Enrique

**Lambayeque - Perú
2022**

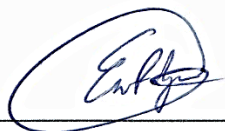
APROBADO POR:



DR. FALLA ALDANA, BLANCA SANTOS
PRESIDENTE



DR. ULCO ANHUAMAN, SEGUNDO FELIPE
SECRETARIO



DR. PATAZCA ULFE JULIO ENRIQUE
VOCAL



DR. PECSSEN MONTEZA, JOSÉ ENRIQUE
ASESOR METODOLÓGICO



DR. SANTILLAN MARTIN JUAN ARMANDO
SUPLENTE

ACTA DE SUSTENTACIÓN



163

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N° 029 -2022-FMH-UNPRG

Siendo las 21:00 HORAS del día lunes 16 de Mayo del 2022, se reunieron vía plataforma virtual, <https://meet.google.com/roy-bbxc-gtu> los miembros de jurado evaluador reconformado por Decreto/Resolución N.° 052-2022-VIRTUAL-FMH-D de fecha 9 de abril del 2022 conformados por los siguientes docentes:

Presidente: Dra. Falla Aldana Blanca Santos
Secretario: Dr. Ulco Anhuaman Segundo Felipe
Vocal: Dr. Patazca Ulfe Julio Enrique
Suplente: Dr. Santillan Martin Juan Armando

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación la tesis titulada:

"PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIAS Y ESPECIALIZACIÓN EN MÉDICOS DEL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE Y REFERENCIAL DE FERREÑAFE. LAMBAYEQUE - 2022." cuyo autor es el (los) bachiller (es):

CAICEDO PISFIL MARTIN KELWIN y CÓRDOVA CHAPOÑÁN ABEL CIRO

Teniendo como Asesor Metodológico: Dr. Pecen Monteza, José Enrique

El acto de sustentación fue autorizado por DECRETO N°061-2022 -VIRTUAL - UI - FMH. de fecha Lambayeque, de 13 de mayo del 2022.

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándole la calificación de 17 (diecisiete) en escala vigesimal y 85 (ochenta y cinco) en la escala centesimal Nivel: Bueno

Por lo que queda APTO para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 22:23 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente acto, con la firma de los miembros del jurado.

Dra. Falla Aldana Blanca Santos
PRESIDENTE

Dr. Ulco Anhuaman Segundo Felipe
SECRETARIO

Dr. Patazca Ulfe Julio Enrique
VOCAL

Dr. Santillan Martin Juan Armando
SUPLENTE



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CERTIFICADO que esta como tiene el

misma tenor que el original.

NOTA: Se cancela el documento sin

firmar el

Lambayeque, 16 de Mayo del 2022

Dr. Juan Humberto Gilos Ari...

11585 RNE: 8386

SECRETARIO GENERAL

18/05/2022

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUÍZ GALLO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



DECLARACIÓN JURADA

Yo, **MARTIN KELWIN CAICEDO PISFIL** con DNI 73967676

Yo, **ABEL CIRO CÓRDOVA CHAPOÑÁN** con DNI 46251179

Alumnos de pregrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo – UNPRG.

Con nuestro Asesor Metodológico: **Dr. Pecsén Monteza, José Enrique** con DNI 16710447

Declaramos bajo juramento que:

Somos autores de la tesis titulada:

“PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIAS Y ESPECIALIZACIÓN EN MÉDICOS DEL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE Y REFERENCIAL DE FERREÑAFE. LAMBAYEQUE – 2022”

Asumimos que el siguiente trabajo de investigación es original, por lo que no hemos plagiado ni total ni parcialmente explícitamente de otros trabajos: por ejemplo: libros, monografías, etc. respetando las normas internacionales de citas y referencias bibliográficas de los autores consultados. Declaramos que el trabajo de investigación no ha sido presentado previamente para obtener algún grado académico o título, ni ha sido publicado en sitio alguno ni en repositorio ni en metabases. Los datos presentados en los resultados son verídicos, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados, basándonos en el principio de la confianza de la investigación. Somos conscientes de que el hecho de no respetar los derechos de autor y cometer plagio, puede ser objeto de sanciones universitarias y/o legales, por lo que asumimos cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de irregularidades en el proyecto y tesis, así como de los derechos del trabajo expuesto. Asimismo, declaramos haber cumplido con las normas éticas de la Facultad de Medicina Humana y de la UNPRG.

Lambayeque, mayo de 2022

DNI 73967676

CAICEDO PISFIL, MARTIN KELWIN

DNI 46251179

CÓRDOVA CHAPOÑÁN, ABEL CIRO

DR. JOSÉ E. PECSÉN MONTEZA

Nombre y Firma

DNI: 16710447

DEDICATORIA

Agradecemos en primer lugar a Dios, nuestro Señor, pues por su gran misericordia hemos podido alcanzar nuestras metas y nos hemos sobrepuesto a las vicisitudes en la vida ... ha prometido que siempre estará con nosotros y nunca nos va a fallar.

Asimismo, agradezco a mis amados padres: Isabel Pisfil y Martín Caicedo, por su gran amor, apoyo constante y desinteresado, su fuerza y su paciencia, para poder alcanzar esta meta, que es un paso importante en mi formación académica. También estoy agradecido con mis hermanos: Israel y Habacuc, por ser también motivo de mi inspiración y de mis alegrías.

Dedico también este mérito a todos mis maestros y a mis amigos que confiaron francamente en mí.

Atte.: Bachiller, Martin Kelwin Caicedo Pisfil.

Dedico este esfuerzo a mis amados padres: Sabina Chapoñán y José Córdova, por apoyarme en este gran proyecto de vida, por guiarme y ser mis consejeros.

Asimismo, agradezco a mis hermanos Isaac Córdova y Saúl Benjamín, y a mis sobrinos Abraham, Elisa y Raquel Córdova, por ser motivo de inspiración y motivación constante.

También dedico este logro a todos mis maestros y amigos que confiaron en mí y siempre me brindaron de su apoyo incondicional.

Atte.: Bachiller, Abel Ciro Córdova Chapoñán.

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro agradecimiento, a nuestra Facultad de Medicina y a su organización, por brindarnos los conocimientos y cimientos necesarios para desenvolvernos como profesionales médicos en la sociedad, por desarrollar habilidades y actitudes necesarias para servir a nuestro prójimo con la mejor disposición y conocimiento disponible, por impulsar en nosotros el sentido crítico y porque a pesar de las vicisitudes hemos podido progresar.

A nuestros docentes universitarios, quienes fueron nuestros segundos padres, nos ayudaron a formarnos y nos orientaron en el toda nuestra vida universitaria; con quienes desarrollamos una buena relación y nos consolidaron en nuestro deber de poder servir y ser útiles a la sociedad.

De especial consideración a nuestro asesor, el Dr. José Pecsén Monteza y nuestros: jurados: Dra. Blanca Falla A., Dr. Felipe Ulco A., Dr. Julio Patazca U. y Dr. Armando Santillán M.; pues con especial disposición nos orientaron en todas las formalidades de la investigación, por las largas asesorías metodológicas y por sus sugerencias y por su amistad todos estos años y por la gentileza de poder ayudarnos dentro y fuera de las aulas universitarias.

Cabe resaltar, que también agradecemos a nuestros maestros y “hermanos mayores médicos”, que no necesariamente conocimos en la universidad, sino en el internado o en los nosocomios, pues nos brindaron conocimientos necesarios y útiles para continuar en nuestras actividades de investigación y nos orientaron en nuestros deberes como estudiantes para formarnos correctamente. Agradecemos a la gestión de nuestros Hospitales: Hospital Referencial de Ferreñafe y Hospital Belén de Lambayeque, pues nos permitieron llevar a cabo nuestro internado médico; asimismo a la gestión de nuestros Centros de salud, donde desarrollamos nuestro Internado en el primer nivel de la salud: Centro de Salud San José y Centro de Salud de Mórrope.

ÍNDICE GENERAL

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	3
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO.....	6
ÍNDICE GENERAL	7
ÍNDICE DE TABLAS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
HIPÓTESIS:	16
OBJETIVOS	17
CAPÍTULO I. DISEÑO TEÓRICO	18
ANTECEDENTES.....	18
BASES TEÓRICAS	25
Definición de términos.....	37
CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	41
2.1. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS	41
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	41

Población de estudio.....	41
Criterios de selección de la muestra	43
a) Criterios de inclusión	43
b) Criterios de exclusión	43
Cálculo de tamaño muestral	43
Muestreo	44
TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES	46
Técnicas.....	46
Instrumentos:	47
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	47
ASPECTOS ÉTICOS.....	48
DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN	39
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
RESULTADOS	51
DISCUSIÓN.....	60
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES.....	67
CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	80
ANEXOS N° 1 – INSTRUMENTO	80
ANEXOS N° 2 – CONSENTIMIENTO INFORMADO	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°. 0.1. Tipo de preguntas que se pueden plantear en la práctica clínica según los hallazgos clínicos.....	31
Tabla N°. 0.2. Pregunta clínica y tipo de diseño de estudio de investigación.....	33
Tabla N°. 0.1. Distribución de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque.....	42
Tabla N°. 0.2. Muestreo de selección de médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque, durante el 2022.	45
Tabla N°. 0.1. Operacionalización de variables	39
Tabla 0 1. Edad de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.	51
Tabla 0 2. Características laborales: hospital, especialidad, tipo de especialidad y tiempo de servicio de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.....	53
Tabla 0 3. Frecuencias de las respuestas acerca de la Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.	54
Tabla 0 4. Nivel de la Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.	55
Tabla 0 5. Nivel de la Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) según especialidad de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.	56

Tabla 0 6. Nivel de la Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) según Hospital y especialidad de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022. 57

Tabla 0 7. Nivel de la Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) según sexo de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022..... 58

Tabla 0 8. Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) según el tiempo de servicio de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022. 59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Fases generales de la Medicina Basada en la Evidencia – MBE.....	28
Figura N°2. Pasos en el proceso de la PBE.	29
Figura N.º 3. Evolución y enfoques de las Pirámides de Evidencias	32
Figura N.º 4. Modelo actualizado en la toma de decisiones basada en pruebas.....	35
Figura N.º 5. Modelo de la ARCC (Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration), para la aplicación y sostenibilidad de la PBE en todos los sistemas.....	37
 Figura 0 1. Distribución según sexo de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022: a) Distribución según sexo del total de los médicos; b) Distribución según sexo y sede nosocomial de los médicos.	52

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el nivel de la “Práctica basada en evidencias” (PBE) y la especialización de los médicos del Hospital Belén de Lambayeque (HBL) y Referencial de Ferreñafe (HRF), durante el 2022.

Materiales y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, correlacional y transversal. Como técnica de recolección de datos se utilizó, la encuesta y como Instrumento: el cuestionario de Melnyk para evaluar el nivel de la PBE. Se encuestó a 85 médicos disponibles: 61 del HBL y 24 del HRF durante abril del 2022. El cuestionario de Melnyk contiene 18 preguntas que evalúan el nivel de PBE, cuyas respuestas están adaptadas en escala de Likert, con un nivel de confiabilidad del 85 % (Alfa de Cronbach = 0,85).

Resultados: En el HBL aplicaron medianamente la PBE: 86% (37) médicos especialistas (ME) y 14 % (6) médicos generales (MG); y aplicaron adecuadamente la PBE, 84,60% (11) ME y 15,40 % (2) MG. En el HRF aplicaron medianamente la PBE: 33,30% (5) ME y 66,70% (10) MG; y aplicaron adecuadamente la PBE, 50% (4) ME y 50 % (8) MG. Se encontró asociación estadísticamente significativa (Prueba exacta Fisher: 7,928 y p – valor: 0,028) entre el empleo de la PBE con respecto a la especialización.

Conclusiones: Se verificó la asociación entre el empleo de la PBE con respecto al nivel de especialización de los médicos del HBL y HRF, durante el 2022.

Palabras claves: Práctica Clínica basada en la Evidencia, especialización, Investigación, Médicos Hospitalarios, Médicos Generales. (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objective: To determine the association between the level of "Evidence-Based Practice" (EBP) and the specialization of the doctors of the Hospital Belén de Lambayeque (HBL) and Referential Hospital of Ferreñafe (HRF), during 2022.

Materials and methods: A descriptive, correlational and cross-sectional study was designed. As a data collection technique, the survey was used and as an instrument: the Melnyk questionnaire to evaluate the level of EBP. 85 available doctors were surveyed: 61 from the HBL and 24 from the HRF during April 2022. The Melnyk questionnaire contains 18 questions that assess the level of EBP, whose answers are adapted on a Likert scale, with a reliability level of 85% (Cronbach's Alpha = 0.85).

Results: In the HBL, the EBP is moderately applied: 86% (37) medical specialists (ME) and 14% (6) general practitioners (MG); and they adequately applied the PBE, 84.60% (11) ME and 15.40% (2) MG. In the HRF, the PBE will be applied on average: 33.30% (5) ME and 66.70% (10) MG; and properly applied PBE, 50% (4) ME and 50% (8) MG. A statistically significant association was found (Fisher exact test: 7.928 and p – value: 0.028) between the use of EBP with respect to specialization.

Conclusions: The association between the use of EBP with respect to the level of specialization of HBL and HRF doctors was verified, during 2022.

Keywords: Evidence-based Clinical Practice, specialization, Research, Hospital Physicians, General Practitioners. (Source: DeCS)

INTRODUCCIÓN

La investigación científica, ha crecido vertiginosamente durante las últimas décadas, sin embargo, este logro ha sido progresivo, y resultado de contrastar, desechar, construir y recuperar teorías, en base a lineamientos razonables, por lo que la producción del conocimiento sigue aumentando exponencialmente en especial ayudado por la tecnología (1,2). En todas las ramas del saber, se ha pretendido que los conocimientos, sean comprobables, verificables y supeditado a cambios, es decir que su aspecto científico sea sólido y corroborable de manera universal (3,4).

Algunos autores clásicos, han sugerido que la medicina es una ciencia y un arte, pero los conceptos de la misma van cambiando y perfeccionándose, con respecto a su semántica y contexto, debido a que: por ciencia, entendemos a un conjunto de conocimientos sistematizados y por ejercicio, la práctica o arte es la fundamentación y experiencia sólida que se adquiere a través de las buenas prácticas clínicas (5,6). Por lo que, el arte y la ciencia, a lo que se refieren, serían condiciones incluyentes, concordantes e irían perfeccionándose a través del tiempo y a las nuevas evidencias clínicas disponibles (7,8).

Ha de entenderse implícitamente que cada práctica, tiene que poseer un sustento científico y debidamente acreditado, que busque alcanzar el mayor beneficio y aminorar o eliminar el daño, considerando a los demás factores de riesgo o beneficios que puedan contribuir a la salud de paciente, al fortalecimiento de la relación médico paciente y, por último, al afianzamiento de la práctica clínica (9,10).

Existen diferencias en las formaciones de las nuevas generaciones de médicos, en el que influyen aspectos como factores extrínsecos: lugar de formación, tipo de universidad, condiciones de laboratorios y practicas clínicas; y factores intrínsecos como: tipo de preparación, motivaciones, creencias, influencias, tiempo y modo de estudio (8,11). Pero

para homogenizar y asegurar un nivel de preparación óptimo o aceptable, las universidades peruanas y diversas entidades nacionales en educación médica, han utilizado barreras burocráticas para evaluar e ir mejorando o promoviendo las competencias clínicas suficientes en los médicos, en las distintas etapas de su formación; para así consolidar las buenas prácticas clínicas. (12,13)

Por ello, cuando se presenta un desafío o problema, es menester recurrir a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) para lograr una mayor probabilidad de éxito disminuyendo los detrimentos; pudiendo mencionar que durante el desarrollo de la pandemia por la COVID-19, era necesario socavar entre lo conocido, para armar un nuevo conocimiento, razonar coherentemente y seleccionar la mejor evidencia disponible (14,15). Cada sociedad médica dispone de guías de práctica clínica fundamentadas, respaldada por Instituciones que tratan de promover y evaluar la MBE y la PBE – Practica basada en la evidencia. Aunque los resultados de las intervenciones para evaluar el uso de la PBE son heterogéneas y existen factores asociados como el grado académico, tiempo de servicio, tecnología entre otras, cada vez más se perfecciona y promueve los lineamientos para que los nuevos médicos puedan disponer de la mejor evidencia y su práctica clínica este afianzada en los conocimientos fidedignos y claros, desechando practicas obsoletas y promoviendo el buen uso de los recursos (3,9,16).

Por ello buscamos inquirir si existe asociación entre el nivel de la “Práctica basada en evidencia” (PBE) y la especialización de los médicos del Hospital Belén de Lambayeque y Referencial de Ferreñafe durante el 2022.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre el nivel de la “Práctica basada en evidencia” (PBE) y la especialización de los médicos del Hospital Belén de Lambayeque y Referencial de Ferreñafe durante el 2022?

HIPÓTESIS:

Sí, existe asociación entre el nivel de la “Práctica basada en evidencia” (PBE) y la especialización de los médicos del Hospital Belén de Lambayeque y Referencial de Ferreñafe, durante el 2022.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la asociación entre el nivel de “Práctica basada en evidencias” (PBE) y la especialización de los médicos del Hospital Belén de Lambayeque y del Hospital Referencial de Ferreñafe durante el 2022.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas (sexo y edad) y de trabajo (especialización, lugar de trabajo tiempo de servicio) de los médicos del Hospital Belén de Lambayeque y del Hospital Referencial de Ferreñafe durante el 2022.
2. Describir el nivel de “Práctica basada en evidencias” (PBE) de los médicos del Hospital Belén de Lambayeque y del Hospital Referencial de Ferreñafe durante el 2022.
3. Describir el nivel de especialización de los médicos del Hospital Belén de Lambayeque y del Hospital Referencial de Ferreñafe durante el 2022.
4. Determinar la asociación entre el nivel de “Práctica basada en evidencias” (PBE) y el nivel de especialización de los médicos del Hospital Belén de Lambayeque y del Hospital Referencial de Ferreñafe durante el 2022.

CAPÍTULO I. DISEÑO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Antecedentes internacionales:

Mohd et al (17) en el 2021, realizaron un estudio descriptivo correlacional transversal en hospitales gubernamentales o estatales de Kelantan (Malasia), donde se evaluó las buenas prácticas en medicina basada en evidencia (MBE) e identificaron los factores asociados hacia la MBE entre médicos de emergencia. 183 médicos respondieron el cuestionario de Medicina Basada en la Evidencia de Noor (18). Los resultados mostraron que: 49,7% tenía un alto nivel de conocimiento y sólo 2,1% tenía una buena práctica. Entre los factores asociados a la práctica se encontraron: el sexo, raza, promedio de pacientes atendidos por día, acceso a internet en el lugar de trabajo, aplicación de referencia rápida en línea y la actitud hacia la MBE. Se concluyó que existe un alto nivel de conocimiento de la MBE, en los médicos entrevistados, con bajo nivel de buena práctica basada en la evidencia

Mat et al (19), en 2021, realizaron un estudio descriptivo transversal en hospitales de atención primaria en Salangor (Malasia), evaluando los niveles de conocimiento, prácticas y actitudes en MBE e identificar factores asociados. Participaron 225 trabajadores médicos de hospitales públicos y privados, excluyéndose a los médicos que realizaban tareas de tipo administrativo y docente. Sólo 9% tenía un alto nivel de conocimiento de la MBE, 12% tenía una actitud positiva hacia la MBE y 0,4% tenía un buen nivel de su práctica. Los

factores significativamente asociados con la práctica de la MBE fueron el origen étnico, la actitud, el tiempo de experiencia laboral como médico de atención primaria y el acceso rápido a las aplicaciones de referencia en línea. Se concluyó que existía un bajo nivel cognitivo hacia la MBE, también para la actitud hacia la MBE y bajo nivel de PBE.

Capraş et al (20), en 2020, ejecutaron un estudio descriptivo transversal en 250 médicos (68% generales vs. 32% especialistas) de Rumania (Unión Europea). Se buscó explorar el nivel de conocimiento, la actitud y el uso de recursos profesionales de MBE. Se evidenció que el reconocimiento de la definición correcta de MBE fue identificada por la mayoría (75,6%), asimismo ambos grupos de médicos reconocieron positivamente los niveles de evidencia en la literatura científica; apenas 6,5 % de generales y 3 % de especialistas, identificaron adecuadamente los tipos de evidencia y sus jerarquías. 25 % reconoció usar herramientas móviles de MBE para su práctica diaria. A nivel global, los participantes mostraron tener un conocimiento limitado de la MBE y una actitud positiva hacia los conceptos, y una limitada práctica de la MBE.

Moosavi et al (21), en el 2020, realizó una investigación descriptiva transversal, donde se seleccionó a 2800 trabajadores de la salud (médicos, enfermeros, biólogos, tecnólogos, etc), en una encuesta a nivel nacional en Irán. Se utilizó un instrumento elaborado por los autores, validado por 10 expertos, cuya confiabilidad fue de 85%, que buscó medir el nivel de aplicación y conocimientos de la MBE. La tasa de respuesta fue de 54,4%, es decir 1524 cuestionarios fueron respondidos. Los resultados mostraron que el 15,8% tenía

conocimiento correcto acerca de la terminología de la PBE, 62% no accedió a revistas científicas, alrededor del 50% tiene dificultades para usar el internet del trabajo y 80% no tiene acceso a repositorios académicos. Los facilitadores identificados fueron los cursos relacionados a la MBE y las instalaciones de estudio; y entre las barreras: falta de recursos, desconocimiento y discordancias de la metodología de la MBE. Se encontró asociación entre la experiencia laboral con respecto a las barreras y facilitadores. Se concluyó que existe un nivel bajo de conocimientos sobre la MBE, y que las barreras y facilitadores de la MBE se asocia con la experiencia laboral.

Nolivos (7), en 2020 ejecutó una investigación observacional descriptiva transversal en 164 médicos del Hospital “José Carrasco Arteaga” en Cuenca – Ecuador. La mayor frecuencia de los médicos presentó un buen nivel de estrategias en MBE en el conocimiento (88,4 %), asimismo tuvieron actitud positiva hacia la MBE (98,2%) y un nivel bueno en la práctica de la MBE (90,2%). Se encontró diferencias significativas entre el grado de especialista con respecto al uso de las estrategias en MBE para resolver las dudas clínicas y además el buen nivel de habilidades investigativas en médicos de más de 5 años de ejercicio profesional con respecto al nivel de conocimientos y prácticas.

Lafuente et al (22) en el 2019, ejecutaron un estudio descriptivo transversal, en París (Francia), con el objetivo de conocer la frecuencia de la práctica de la MBE. Utilizaron un cuestionario que aplicaron en una entrevista directa en 226 personas (muestreo no aleatorio por conveniencia incluyendo a 144 médicos, 64 enfermeras y 24 farmacéuticos). Se encontró que alrededor del

14% utilizó regularmente la MBE y aproximadamente 16% la utilizó ocasionalmente. 4% no conocían la MBE y alrededor del 33% aunque conocía de la MBE no lo utilizaba. Además, 83,4% declaró utilizar guías clínicas al menos una vez al mes y sólo 36% de los médicos, usaron la MBE en su práctica clínica. Asimismo, no hubo asociación cuando se analizó el uso de la MBE por género, ámbito laboral o años posteriores a la graduación.

Minozzi et al (23), en el 2018, en Italia, buscaron mediante un estudio descriptivo, evaluar la calidad de las guías clínicas terapéutico asistenciales, en referencia al marco legal italiano, asimismo también evaluaron a los 10 profesionales para conocer sus conocimientos, actitudes y uso de la ley sobre responsabilidad profesional y seguridad de la atención. Se realizó una evaluación de todos los documentos clínicos (17) por la Presso l'ASL5 Liguria La Spezia (Área reservada para la gestión de los servicios locales de salud): 41% de carácter organizacional/gerencial y 59% de carácter clínico. Con respecto a la evaluación de las guías clínicas: 29% no describió la metodología y solo 1 vinculaba las recomendaciones con la evidencia científica. Con respecto a los profesionales mostraron actitudes positivas hacia la investigación, bajo nivel de conocimientos en MBE, nadie conoció la metodología GRADE y como barreras de la MBE se identificó la falta de tiempo y limitación en la metodología y estadística.

Abdulwadud et al (24), en el 2018, mediante un estudio descriptivo en Debreberhan (Etiopía) buscó evaluar el nivel de conocimientos y experiencias de la MBE y de las revisiones sistemáticas de Cochrane. 35 personas seleccionados mediante un muestreo conveniente, participaron en el estudio, entre médicos y enfermeras. Se encontró que 48,6 % conocía la biblioteca de Cochrane, 46 %

accedió a ella en alguna ocasión; pero ninguno lo usó correctamente por falta de conocimiento. La mayoría tenía una actitud positiva hacia la MBE y 74,3% tuvo conocimientos bajos de la MBE. Se encontró asociación entre el entrenamiento previo de la MBE, nivel de conocimientos y sexo de los participantes.

Alshehri et al (25), en el 2018, publicaron un estudio transversal que incluyó a 288 médicos que trabajaban en centros de atención secundaria y terciaria. Buscaron identificar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de la MBE en hospitales de Qassim (Arabia Saudita). La actitud de la mayoría de los médicos fue favorable hacia la MBE, pero no se correlacionó con el nivel de conocimiento y las prácticas. 83% de los encuestados afirmó que utiliza la MBE en su práctica diaria y 93,5% estuvo de acuerdo en que la práctica de la MBE mejora la atención al paciente. Alrededor del 40 % reconoció que la mejor manera de practicar la MBE era acudiendo a capacitaciones constantes. También se encontró que los conocimientos y las actitudes se vieron influenciados o relacionados por el grado profesional y a la especialidad.

Danijel et al (26), en 2016, en un estudio descriptivo transversal realizado en Croacia en 295 médicos de familia después de una intervención de seis años de actividades educativas realizadas por Cochrane, evaluaron las creencias, las actitudes, las barreras y el conocimiento de los médicos acerca de la MBE. Los encuestados reflejaron actitudes muy positivas hacia la promoción y el uso de la MBE (80 %), además de reconocer a la MBE como instrumento de mejora en la atención al paciente, además alrededor del 70 % de su práctica se basa en la MBE. Sin embargo, 160 (67%) no tenían acceso a la Cochrane Library; así como gran

parte de ellos, informaron falta de tiempo para encontrar evidencia 188 (80%). Entre los dos grupos (los que eran especialistas en medicina familiar y los que, aunque trabajaban en un hospital del primer nivel de la salud eran médicos generales), los especialistas en medicina familiar informaron mayores restricciones de tiempo para encontrar evidencia.

Antecedentes nacionales:

Martínez (27), en 2021 ejecutó un estudio descriptivo y analítico, en 120 médicos asistentes y residentes de los Hospitales: Daniel Alcides Carrión (ESSALUD) e Hipólito Unanue de Tacna, donde se evaluaron los conocimientos, actitudes y accesos al uso de las tecnologías de la información y publicaciones científicas de la MBE. 90,8% eran asistentes y sólo 9.2% eran residentes. Alrededor del 60% pertenecían al Daniel Alcides Carrión. Aproximadamente 50% reconoció la MBE como útil para el manejo de los pacientes. La mayoría de los mismos no supo usar las metabases ni metabuscadores. Sólo un quinto presentó actitud positiva hacia la MBE. Como factores asociados a la actitud se encontró la edad, el sexo, hospital de procedencia, docencia, carencia de tiempo e internet institucional y confianza en su experiencia.

Huallani (28) en 2019, realizó una investigación correlacional evaluando la relación entre la Práctica basada en la evidencia (PBE) y la actitud hacia la investigación en 200 médicos residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño

San Borja, previa clase de inducción. Alrededor del 75% de los residentes tiene una actitud afectiva desfavorable hacia la investigación. Alrededor del 98% tiene una actitud cognitiva favorable y 94%, conductual favorable. Alrededor del 37% aplica la PBE y un tercio del total no aplica la PBE. No se evidenció relación significativa entre la práctica basada en la evidencia y la actitud hacia la investigación.

Segundo et al (29), en el 2018, buscaron determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en MBE en 92 médicos asistentes del Hospital Nacional Madre Niño “San Bartolomé”. Se encontró que el nivel de conocimiento de la MBE tuvo calificación intermedia y baja en aproximadamente el 60% de los médicos. También se evidenció asociación estadística entre el número de horas dedicadas a la búsqueda de información y el nivel de conocimientos de MBE. 80 % se encontró con actitudes favorables hacia el aprendizaje de la MBE, así como también reconocieron su aporte en la práctica basada en la evidencia.

BASES TEÓRICAS

En 1992 en la revista JAMA se publica una nueva forma de consolidar las investigaciones clínicas: Evidence – Based Medicine Working Group (EBMWG), basándose en la utilidad crítica de las pruebas más que en la experiencia a priori. Los investigadores de la Universidad McMaster (Canadá), desarrollaron las ideas sistemáticas de la MBE y de las cuales se puede encontrar registro comprobable, siendo su máximo pionero Sackett (9,30), quien en 1997 publica su libro “Evidencia basada en medicina. Cómo practicar y enseñar MBE”.

Esto no quiere decir que antes no se hayan explicado, aunque sea precozmente o incipientemente algunos preceptos claros que hoy usamos en la sistematización y construcción de la MBE. Con las redes y la tecnología ha sido posible la verificación y cuestionamiento de la evidencia, así como la promulgación del conocimiento y la supervisión por diversas entidades que buscan el bienestar del paciente y la canalización de los recursos (9,31).

En la actualidad, numerosas instituciones autónomas, gubernamentales y privadas, hacen uso de la MBE para tomar decisiones debido a que tienen que optimizar los recursos para efectivizar sus objetivos, pero ello implica un mayor desarrollo y sistematización de la MBE, como el Centro de Medicina basada en la evidencia, al grupo español de Trabajo basado en la evidencia, grupo CASP - Critical Appraisal Skills Programme, y numerosas instituciones que perfeccionan los lineamientos y recalcan directrices que perfeccionan la MBE y la PBE (9,16).

Medicina basada en la evidencia – MBE.

Se concibe a la MBE como un nuevo paradigma que, pretende unir las experiencias clínicas con el método científico estructurado, evaluando sistemática y metodológicamente todos los aspectos posibles, para tomar las mejores decisiones, en base a la mejor evidencia verificable, que involucren y beneficien al paciente y a su entorno. Sackett et al. (3,4), en el 2001, ya la definía como, la utilización consciente, explícita y con juicio crítico de la evidencia disponible para la atención de los pacientes (28,29).

Dentro de los objetivos principales de la MBE, tenemos: i) Tiene que discriminar los posibles diagnósticos y acercarse o acertar en el verdadero. ii) Objetivar la terapéutica en base a criterio científico y comprobable. iii) Predecir el pronóstico para los pacientes. iv) Acceso a metabases con discernimiento para resolución de problemas. v) Instrucción, capacitación y seguimiento constante de la metodología de la MBE. (9,32)

Al iniciar en esta nueva metodología, hay que saber enmarcar y enfocar el problema clínico, conocer los conceptos básicos de bioestadística y metodología, saber discernir o conciliar entre la experiencia adquirida y la evidencia publicada, en el caso del conflicto entre la experiencia y evidencia deben de organizarse los factores que se tienen y ser evaluados a la luz de la MBE, conocer las metabases y las formas de sistematizar las búsquedas de las preguntas clínicas organizadas, usar las herramientas de las ciencias complementarias para evaluar la evidencia críticamente

tratando de eliminar los sesgos, construir y ejecutar la PBE – Práctica basada en la evidencia. (3,32)

Entre las ventajas de la MBE para el médico podemos mencionar la actualización constante de los conocimientos y perfeccionamiento de las prácticas y el ejercicio profesional, potenciar el razonamiento crítico, afianzar el potencial científico – tecnológico, aumentar las capacidades y reflexión antes los problemas clínicos, consistencia y coherencia en las opiniones, promueve la investigación científica y mejora la práctica clínica en contraste con las Guías de práctica clínica o directrices nacionales. (16,32)

Entre las ventajas de la MBE para el paciente podemos mencionar que mejora y fortalece la relación médico – paciente, empodera en la toma de decisiones, brinda un respaldo científico, técnico y legal sustentado en la mejor evidencia disponible, realiza una atención integrada y con mayor consistencia y confianza, disminuye las opiniones innecesarias y banales. (4,32)

Entre las desventajas o barreras, de la MBE encontramos que necesita de conocimientos previos y de saber utilizar los instrumentos investigación concienzudamente y con una óptima metodología que se va perfeccionando con el ejercicio, corriendo el riesgo de menospreciar la experiencia del ejercicio clínico y necesitar actualización constante del uso de las Tecnologías. (29)

Entre las fases generales de la MBE podemos detallar los siguientes aspectos los cuales se aprecian en la siguiente figura:

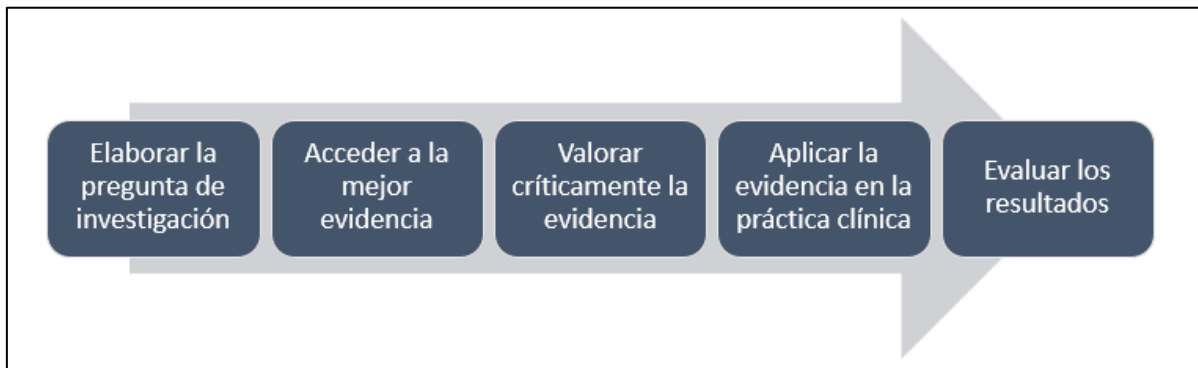


Figura N° 1. Fases generales de la Medicina Basada en la Evidencia – MBE.

FUENTE: Adaptado de: Huallani (28).

Práctica basada en la evidencia – PBE.

La PBE es la aplicación de la MBE en la práctica clínica; sin embargo, en la actualidad esta definición se ha ampliado, así como la metodología de estructurar el problema (4,9,33). Se plantean tres componentes de la PBE, las evidencias externas, las evidencias internas y las preferencias del paciente. (4,28).

La evidencia hace referencia a un grupo de hechos considerados verdaderos (4). La evidencia externa es producto de la extrapolación de una investigación rigurosa y sistemática, que sigue el método deductivo, pero el grado de razón de viabilidad es lo que se hará que sus resultados tengan sentido (1,9). La evidencia interna, se construye de las iniciativas del ejercicio clínico, de los proyectos de mejora de calidad y evaluación de los tratamientos (1,9).

Para alcanzar la práctica clínica, hay que sortear tres niveles:

- a) El contraste y transición entre el pensamiento clásico a un pensamiento deductivo (9,10).
- b) Discriminar la Infoxicación (intoxicación por la información) para saber seleccionar lo importante, útil y aplicable por encima de otras características novedosas eliminando redundancias (9,34).
- c) Discernir entre variabilidad legítima y necesaria (experiencia clínica y con respaldo científico) de la variabilidad e innecesaria (incorrecta aplicación de la práctica clínica basada por no resolver las incertidumbres) (9,35)

Entre los pasos para el proceso de la PBE se consideran los siguientes aspectos:

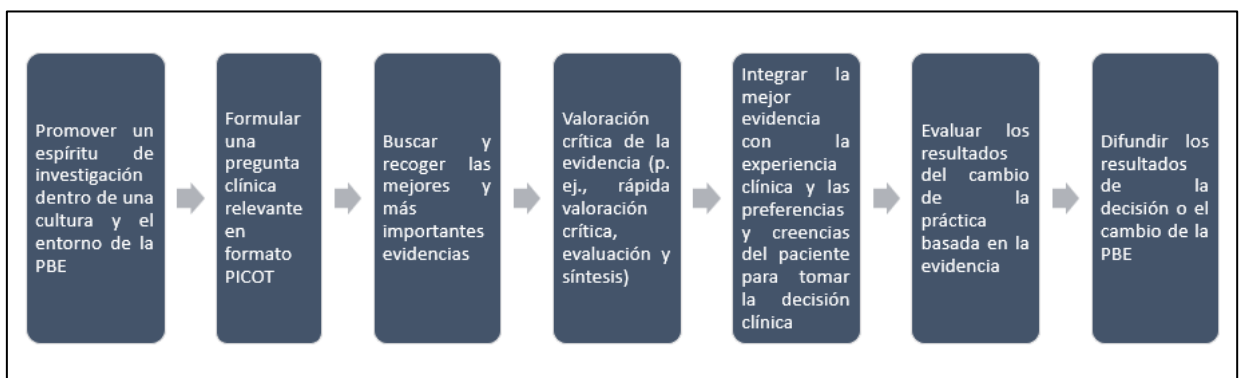


Figura N°2. Pasos en el proceso de la PBE.

FUENTE: Adaptado de: Melnyk et al (4).

Asimismo, las “evidencias” son evaluadas bajo un grado de verificación y contraste a nivel estadístico y clínico, existiendo niveles más altos como lo son las revisiones

sistemáticas y como último eslabón a los estudios descriptivos y cualitativos (4,5). También existe la evidencia basada en teorías, que son razonamientos deducidos de trabajos diseñados pero cuestionables, pero desde un enfoque integrativo, en respeto a la autonomía del paciente y con registros observables que pueden ser refutados o sometidos a nuevas evaluaciones. (4)

El valor de la evidencia sostenible realza su utilidad al causar un gran beneficio a los que la practican y consolidación en quien lo ejerce. Sin la evidencia clara, la práctica clínica se vuelve obsoleta y dañina. La importancia de la PBE ha sido trascendente a través del todo el tiempo, la PBE también ha empoderado al paciente como a las Instituciones, también han servido de medidas de protección frente al médico y al Sistema de salud frente a las aseguradoras o problemas médicos legales, donde el rol de la PBE es decisiva (1,4,36).

La pregunta de investigación

Tiene que ser planteada de manera clara, entendible, relevante, novedosa, que pueda ser contrastable y cumpliendo los criterios éticos. La PBE intenta integrar las variables entre “lo deseable, lo posible y lo apropiado” tratando de mejorar la asertividad en medio del amplio campo de las probabilísticas, reduciendo la incertidumbre, pues la medicina es “la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad” (4,37).

Se han planteado varias formas de estructurar una pregunta clínica, pero casi todos sigue el acrónimo medular: PICO (P = población, I = intervención, C = comparación y O = Resultados), las cuales pueden adaptarse a cualquier circunstancia del acto médico (1,28,38).

El modelo de estas preguntas intrínsecamente evalúan las esferas de validez (validez del estudio) , fiabilidad (los resultados) y aplicabilidad (4). Además, se sabe que, en la formación médica, la interrogación y el direccionamiento de la misma, nos ayuda en todo el proceso diagnóstico -terapéutico. Como se puede apreciar en la tabla a continuación la utilidad de la pregunta PICO en la PBE para la solución de algún problema en medicina

Tabla N°. 0.1. Tipo de preguntas que se pueden plantear en la práctica clínica según los hallazgos clínicos.

Hallazgos clínicos	Historia clínica y exploración física
Etiología	Causa de la enfermedad
Diagnóstico diferencial	Alternativas para el diagnóstico y clasificación según frecuencia
Pruebas diagnósticas	Elegir o interpretar una prueba diagnóstica
Pronóstico	Anticipar el curso clínico más probable
Tratamiento	Cómo seleccionar los tratamientos más adecuados
Prevención	Reducir las posibilidades de padecer una enfermedad; modificar los factores de riesgo o encontrar los tratamientos efectivos
Formación continuada	Cómo mantenerse actualizado en los avances del conocimiento científico de forma que tenga un impacto positivo en nuestros pacientes

FUENTE: Adaptado de: Cuello et al (35).

Acceso a la mejor evidencia.

Haynes et al (36), en el 2001 estructuró una pirámide que jerarquizaba la utilidad de los estudios en 4 recursos – Pirámide de las 4 “S”: Systems (Sistemas), Synopses (Sinopsis), Syntheses (Síntesis) y Studies (Estudios), siendo esta la base de la pirámide (26). Para el 2006, se agregó un estrato más como cuarto escalafón: Summaries (Sumarios o Compendios) (39). En el 2011, las sinopsis se dividieron en dos estratos: sinapsis de estudio y sinapsis de síntesis, diseñando la Pirámide de las 6 “S” (33,39). En el 2016, Haynes et al. (36) colaboración, simplificaron el trabajo, quedando la Pirámide de las 5 “S”.

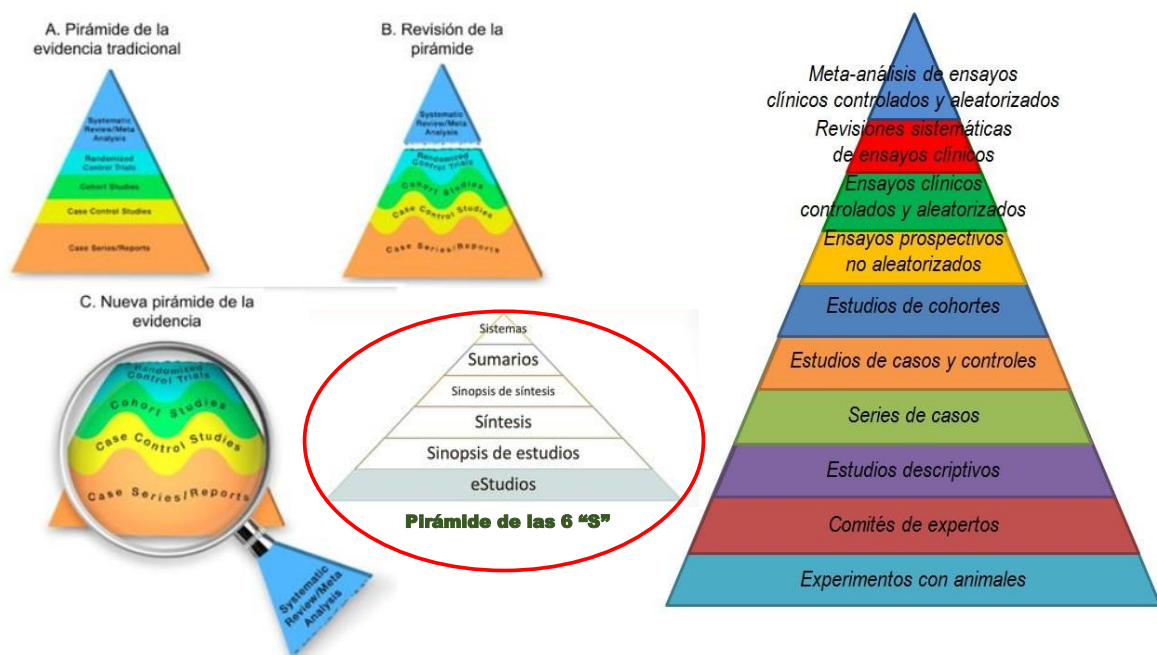


Figura N.º 3. Evolución y enfoques de las Pirámides de Evidencias

FUENTE: Adaptado de Ramos (40).

Valorar desde un enfoque crítico “la evidencia” para su aplicación a la práctica clínica.

En base a lo descrito anteriormente, es necesario que todo lo aprendido sea sometido a verificación del peso de la evidencia y evaluación del grado de recomendación; por ello en todos los niveles la evidencia deberá de ser valida. Una primera fase corresponde en ubicar el tipo de pregunta correspondiente a cada diseño de investigación, para lo cual también se han descrito sugerencias que se muestran en la Figura N°2.

Tabla N°. 0.2. Pregunta clínica y tipo de diseño de estudio de investigación.

PREGUNTA	DISEÑO
Cuánto, cuándo, dónde, quién	Descriptivo
Qué daño produce una exposición	Casos-control
Qué exposición produce un daño	Cohorte
Cuánto disminuye el daño un TTO/cuánto beneficia una medida	Ensayo clínico
Validez de una prueba diagnóstica	Prueba diagnóstica

FUENTE: Adaptado de: Cuello et al (35).

Pero existen instrumentos validados que también evalúan de acuerdo al tipo de investigación, la calidad del proceso y los resultados, como son el CONSORT (para ensayos clínicos); PRISMA (para revisiones sistemáticas y metanálisis); STROBE (para estudios observacionales); AGREE II (Guías de práctica clínica); GRADE

(para las Recomendaciones), entre otros; por lo que vemos toda una evaluación constante y perenne de la calidad de los aportes científicos (28,41).

La justificación de la PBE, tiene 3 puntos importantes: sobrevivir a la infoxicación, alcanzar la eficiencia clínica y mejorar el potencial de los profesionales de la salud. Hay que gestionar la calidad de las respuestas y la utilidad de ellas en el conocimiento útil, por encima de la información abrumadora que día a día se produce pues no toda esta información está destinada a la solución de problemas, por ello es necesario conocer las reglas de evaluación de criterios de calidad. Es allí donde radica la utilidad de los gestores de conocimientos, pues discriminan la información estática y dinámica y tratan de ubicar su sitio oportuno y hacer que esta sea asimilable por los correctos profesionales clínicos (1, 9,38).

La medicina gestionada, busca alcanzar esa eficiencia clínica, reduciendo los aspectos e intervenciones innecesarias, para ello plantea una mirada económica organizacional que implique: la calidad científica – técnica, calidad relacional percibida y la calidad económica – organizativa (9,43). Lo que permite que realce el valor de las cosas, canalizando recursos en favor de la institución y del paciente, fortaleciendo el ejercicio profesional óptimo para reducir las brechas (donde también se efectiviza las pruebas clínicas) (9,28). Una propuesta que reúne factores que debemos de considerar en las pruebas clínicas, se muestra en el Figura N°4.

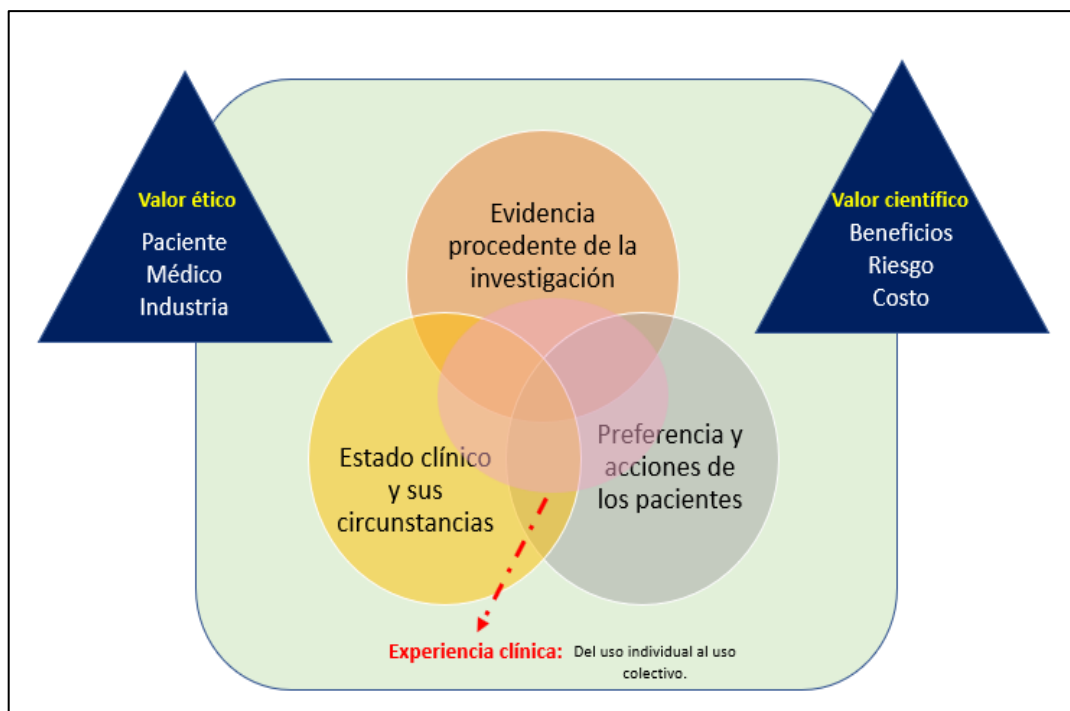


Figura N.º 4. Modelo actualizado en la toma de decisiones basada en pruebas.

FUENTE: Adaptado de: Cuello et al (35).

Creencias hacia la PBE.

Bajo el modelo de Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration (ARCC), esquema que pretende la aplicación y sostenibilidad de la PBE la mayor parte de los sistemas clínicos, bajo marcos organizados y sistematizados, construido por Melnyk et al (4), en 1999, nos da una concepción de: “conjunto de convicciones, suposiciones y valores que guían todo tipo de investigación mediante la identificación de dónde se encuentra el investigador acerca de la naturaleza de la realidad (ontología), su relación con lo investigado (epistemología), el rol de los valores (axiología), el uso del lenguaje (retórica) y el proceso” (3,4).

Barreras para la PBE.

También hay detractores de la MBE y PBE, debido a que identifican barreras que pueden existir debido a la metodología sistemática que se utiliza, entre los que podemos nombrar que: déficit del conocimiento y la metodología de la PBE, percepciones sesgadas de la PBE y MBE, Actitudes y creencias negativas hacia la PBE, exceso de información sin criterio o depuración, carencia de tiempo, sobrecarga y restricciones laborales y presión social, verticalidad del proceso de atención y aversión al cambio, resistencia de los colegas de trabajo, incongruencias con las guías nacionales disponibles. (4,7,32). Asimismo se ha evidenciado notable diferencias entre los especialistas y el tiempo de ejercicio profesional como diferencias con respecto al sexo, pero como la práctica y la medicina basada en la evidencia ha ido fortaleciéndose con el tiempo, las cifras también se han mostrado heterogéneas (7).

PBE para todo el sistema

La propuesta de la ARCC (Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration), es uno de los modelos para aplicar y sostener la PBE, y orientar a los profesionales de salud y fortalecer las esferas de atención. Es una estrategia clave que promueve la cultura y respalda la PBE. Existen otros modelos como el de la Universidad de Iowa (4), que utilizando los cambios multifacéticos busca adaptar la PBE a los sistemas, fortaleciendo la retroalimentación de los procesos tanto para los pacientes como para la gestión y administración (4,44).

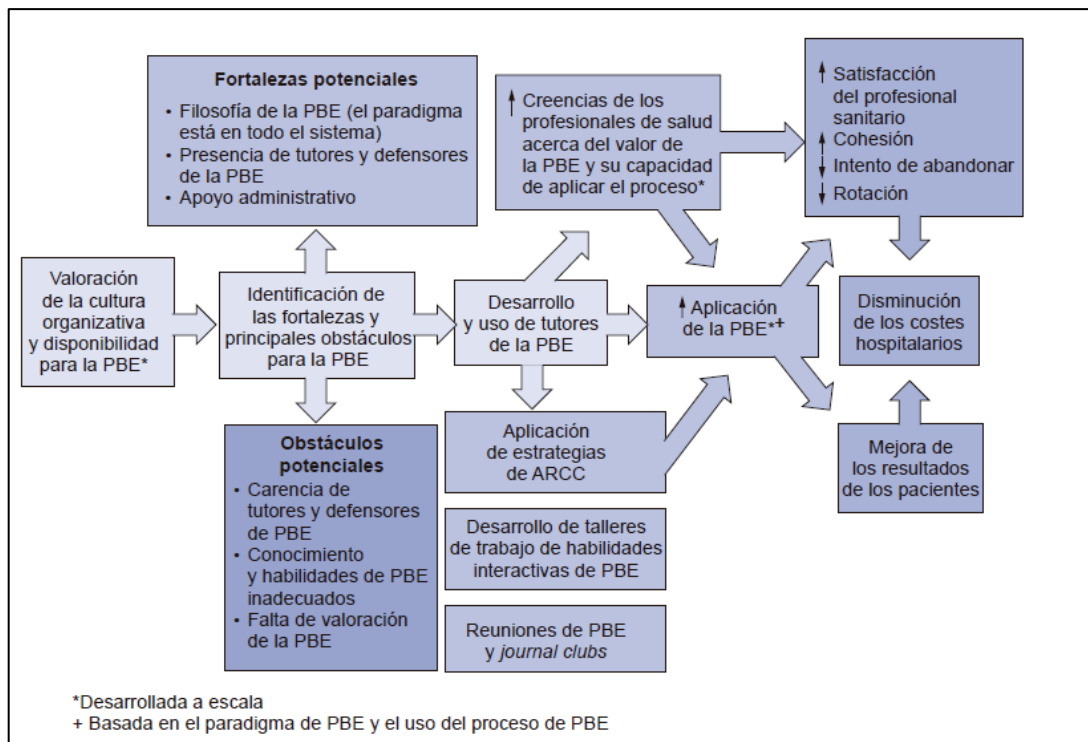


Figura N.º 5. Modelo de la ARCC (Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration), para la aplicación y sostenibilidad de la PBE en todos los sistemas

FUENTE: Adaptado de: Melnyk et al (4).

Definición de términos

Práctica basada en la evidencia:

Definición conceptual: Es un proceso que considera las preferencias de los pacientes, aplica la evidencia científica y experiencia obtenida para la toma de decisiones clínicas. Paradigma y enfoque para resolver problemas a lo largo de la vida en la toma de decisiones clínicas que implica el uso concienzudo de la mejor evidencia disponible (incluyendo una revisión sistemática y una evaluación crítica de la evidencia más relevante para responder una pregunta clínica), junto con la

propia experiencia personal y los valores y preferencias del paciente para mejorar los resultados individuales, de los grupos, las comunidades y los sistemas.

Definición operacional: El proceso incluye las creencias, resultados de la evidencia, los resultados de la investigación, el desarrollo de la práctica profesional, evaluación de los resultados, y las barreras de los facilitadores. Es el resultado de la aplicación de un cuestionario con escala Likert del 0 al 4, correspondiendo 1 al mínimo y 4 al máximo, cuyo valor final será aplica la PBE al puntaje mayor o igual a 51, aplica medianamente la PBE entre 22 y 55 y no aplica la práctica basada en la evidencia menor o igual a 21.

Especialización médica:

Definición conceptual: Una ocupación limitada en objetivo a una subsección de un campo más amplio. Es un período de posgrado (programa de residentado médico), que derivan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica, en nuestro país es reconocida por la SUNEDU.

Definición operacional: Registro o presencia de Especialización médica, que le da la condición de médico especialista.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN

Tabla N°. 0.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	CRITERIOS DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Práctica basada en la evidencia	Utiliza la evidencia clínica para consolidación de la práctica clínica (Ítems 1)	Ninguna ocasión = 0	Cualitativa Ordinal	Escala de aplicación de práctica basada en la evidencia (PBE).
	Evalúa con criterios epidemiológicos lo que investiga (Ítems 2)			
	Formula y evalúa correctamente aspectos de la práctica clínica, a través de la pregunta PICOT. (Ítems 3)			
	Discute informalmente los aspectos o temas de investigación. (Ítems 4)	1 - 3 ocasiones = 1		
	Busca formal y verazmente problemas clínicos y soluciones basadas en la evidencia. (Ítems 5).			
	Expone formalmente aspectos o temas de investigación. (Ítems 6).			
	Realiza cambios en el ejercicio clínico a través de la nueva evidencia clínica. (Ítems 7).	4 - 5 ocasiones = 2		La validez de esta escala ha sido establecida y el alfa de Cronbach ha sido $\geq 0,85$ en varias muestras. Elaboración: Melnyk et al (41).
	Comparte aspectos directrices o fundamentales de la PBE. (Ítems 8).			
	Compare de manera sucinta la PBE con los pacientes. (Ítems 9).			
	Comparte de manera sistemática la PBE justificándola con otros profesionales clínicos. (Ítems 10).	6 - 7 ocasiones = 3		
	Ejecuta en práctica la lectura crítica. (Ítems 11).			
	Hace uso de las herramientas de consulta (Metabases) para mejorar la PBE. (Ítems 12).			

	Hace uso de las herramientas de consulta (Metabases) oficiales o Institucionales según el lugar, para mejorar la PBE. (Ítems 13). Hace uso de la MBE para cambiar y concientizar mi PBE. (Ítems 14). Hace uso sistemático para la mejora de los procesos de atención al paciente. (Ítems 15). Difunde los resultados y PBE como una manera de responsabilidad profesional constante. (Ítems 16). Modifica en base a la PBE, el ejercicio clínico al que estuvo acostumbrado. (Ítems 17). Promociona la PBE entre sus compañeros profesionales clínicos. (Ítems 18).	8 ocasiones a más = 4		
Edad	Años cumplidos según DNI		Cuantitativa Razón	
Sexo	Según DNI	Varón	Cualitativa Nominal	Según necesidades del estudio
		Mujer		
Hospital	Hospital donde labora o presta servicios profesionales	Hospital Referencial de Ferreñafe		
		Hospital Belén de Lambayeque		
Especialización médica	Una ocupación limitada en objetivo a una subsección de un campo más amplio. Es un período de posgrado (programa de residentado médico), que derivan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica, en nuestro país es reconocida por la SUNEDU.	Sí		
		No		
Tiempo de servicio	Tiempo de servicio	Menor de 5 años	Cualitativa ordinal	
		Entre 5 a 10 años		
		Mayor a 10 años		

CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Descriptivo, correlacional y transversal

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población de estudio

La población seleccionada para el presente estudio, está conformada por 108 médicos con contrato permanente; 78 médicos del Hospital Belén de Lambayeque y 30 médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe, los cuales se distribuyen en las diferentes especialidades y servicios según su formación académica, que se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla N°. 0.1. Distribución de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque.

Médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe		
Médicos generales		30
COVID - 19	9	
Emergencia	10	
Médicos especialistas		
Anestesiología	2	
Cardiología	1	
Cirugía general	2	
Ginecología	2	
Otorrinolaringología	1	
Pediatría	2	
Urología	1	
Médicos del Hospital Belén de Lambayeque		
Médicos generales		78
COVID - 19	15	
Médicos especialistas		
Anestesiología	12	
Cirugía general	14	
Emergencia	0	
Ginecología	13	
Medicina	8	
Pediatría	11	
Sub especialidades	5	
Otras especialidades	0	

Criterios de selección de la muestra

a) Criterios de inclusión

- Médicos de todos los servicios del Hospital Referencial de Ferreñafe.
- Médicos de todos los servicios del Hospital Belén de Lambayeque.
- Médicos que acepten la participación a través de la firma del consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión

- Llenado incorrecto de los criterios de recolección de datos.
- Rechazo de la participación del trabajo de investigación.
- Médicos residentes y rotantes de ambos hospitales.
- Médicos con licencia laboral.

Cálculo de tamaño muestral

Se utilizó la fórmula para poblaciones finitas mediante el muestreo probabilístico, aleatorio simple para calcular una muestra representativa; usando el nivel de confianza del 95 % con margen de error del 5 % y una probabilidad de 50 % de que se presente o no la causa, por no tener casuística de información en relación a la investigación propuesta.

Fórmula de muestreo aleatorio simple:

$$n = \frac{N \times Z^2 pq}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

Parámetros de la fórmula	Datos para el cálculo
n = tamaño de la muestra	
Z = nivel de confianza	95%
p = variabilidad positiva	50%
q = variabilidad negativa	50%
N = Tamaño de la población	108 médicos
e = precisión o error	5%

$$n = \frac{108 \times 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}{0.5^2 \times (108 - 1) + 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}$$

n= 84,47

La muestra estuvo conformada por 85 médicos, para ambos hospitales.

Muestreo

- Se realizó un muestro estratificado, cada estrato lo conformaron los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque.
- Cabe resaltar que, durante el Estado de emergencia, se contrataron médicos COVID, la mayoría de los cuales están incluidos dentro de los médicos generales y algunos especialistas.
- Como el tamaño de muestra fue 85, se seleccionaron: 24 unidades muestrales del Hospital Referencial de Ferreñafe y 61 unidades muestrales del Hospital Belén de Lambayeque; y se distribuyó como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla N°. 02. Muestreo de selección de médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque, durante el 2022.

Ferreñafe	Muestra	Lambayeque	Muestra
Anestesiología	1	Anestesiología	8
Cardiología	1	Cirugía general	11
Cirugía general	2	COVID – 19	12
COVID – 19	7	Emergencia	0
Emergencia	8	Ginecología	11
Ginecología	1	Medicina	6
Otorrinolaringología	1	Pediatría	9
Pediatría	2	Sub especialidades	4
Urología	1	Otras especialidades	0
Total	24	Total	61

TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES

Técnicas

El siguiente proyecto ha sido evaluado por la Facultad de Medicina Humana y sus respectivos departamentos, para supervisar los aspectos metodológicos, didácticos y éticos, así como su viabilidad para su ejecución.

Se solicitó el permiso a los directores del Hospital Belén de Lambayeque y del Hospital Referencial de Ferreñafe, adjuntándose copia del proyecto de tesis con los anexos respectivos para poder cumplir con las formalidades y consideraciones, cabe resaltar que como internos de medicina hemos laborado en sus instalaciones, hemos sido formados para ser médicos y brindar lo mejor de nuestros servicios, por lo que decidimos realizar nuestro estudio en sus instalaciones.

Obtenido el consentimiento por parte de las autoridades gerenciales de los Hospitales, para ejecutar el proyecto de investigación, se procedió a entrevistar a los médicos de forma presencial, disponibles en los servicios descritos de ambos hospitales, y se les explicó la temática del estudio y sus propósitos. Asimismo, se les mostró la autorización de las autoridades del Hospital, además de entregarles el consentimiento informado y los instrumentos de la investigación que se detallan en los siguientes párrafos.

Instrumentos:

Se utilizó, la Escala diseñada por Melnyk et al (44), sobre la aplicación o práctica de la PBE, cuya validez evaluada con el alfa de Cronbach ha sido $\geq 0,85$ (que indica alta confiabilidad y consistencia) en múltiples muestras (44). El proceso de evaluación incluye las creencias, resultados de la evidencia, los resultados de la investigación, el desarrollo de la práctica profesional, evaluación de los resultados, y las barreras de los facilitadores. La escala contiene con 18 preguntas, con escala Likert del 0 al 4, correspondiendo 0 al mínimo y 4 al máximo, cuyo valor final será: aplica adecuadamente la PBE al puntaje mayor o igual a 51, aplica medianamente la PBE al rango entre 22 a 50 y no aplica la PBE, al puntaje menor o igual a 21 (44).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las respuestas de las encuestas se constituyeron en elementos de una plantilla de datos en Excel, para un registro ordenado de cada cuestionario aplicado y de las variables en estudio, codificándose de acuerdo a las necesidades de la matriz estadística.

Posteriormente, dichos datos fueron abalizados en el programa SPSS versión 26 para el análisis descriptivo y las verificaciones o comprobaciones estadísticas, como para la elaboración de las tablas y gráficos finales.

Las variables sociodemográficas se reportaron con la estadística básica descriptiva, utilizando medidas de tendencia central o de frecuencia según la naturaleza de la variable. Además, para comprobar la hipótesis planteada (se relacionaron algunas variables de la recolección de datos básicos con el nivel PBE) por lo que se aplicó la prueba Chi cuadrado para demostrar la relación significativa.

Se elaboraron figuras y tablas que reflejaron los objetivos de la investigación y que mostraron los resultados finales sistematizados según Vancouver.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación respetó los principios básicos de la ética de la investigación y los principios afines que sean incluyentes, tales como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Para tal fin, la dirección de los Hospitales o de la Universidad (o las Instituciones que hagan la función afín de evaluar los proyectos), dependiendo de las circunstancias, evaluaron los preceptos de este trabajo cuyo resultado fue que nuestros lineamientos se ajustan a los reglamentos éticos.

Se aplicó el consentimiento informado a cada uno de los participantes (es decir a los médicos de ambos hospitales) considerados en el estudio; teniendo en cuenta la autonomía de los participantes para presentar los lineamientos generales del proyecto y los instrumentos a utilizar. Se comunicarán los resultados buscando el beneficio de ambas partes de manera individual y grupal, además de recomendaciones generales y específicas para nuevas investigaciones.

Se mantuvo la confidencialidad de los datos, es decir en ningún momento se vulneró ni se publicó los resultados individuales, ni directos, pues se guardó con total discreción y reserva, los datos personales y de los resultados. También cabe resaltar que el nivel de calificación de la Escala de PBE, no tuvo influencia sobre el desempeño ni afección laboral.

Principios Éticos Básicos que fueron considerados:

Respeto a las Personas (Autonomía): Respeto a la capacidad y voluntad de poder participar sin coacciones en este proyecto, se aceptaron a los participantes que acepten el consentimiento informado, que luego llenaron los datos solicitados sin coerciones. (46–48).

Beneficencia: Es utilizar la participación de las personas de manera ética, involucra respetar las determinaciones, procurando trabajar en pro de su bienestar, aumentando al máximo los provechos y evitar o disminuir las adversidades posibles. Por lo que esta investigación buscó reflejar la realidad local nacional en un momento dado para incentivar y crear conciencia de la medicina y de la práctica basada en la evidencia: MBE – PBE (46–48).

Justicia: Clásicamente lo han englobado en “dar a cada quién lo que se merece”. Esta investigación buscó, durante su ejecución que todos los médicos de los hospitales en estudio participaran íntegramente, y fueron incluidos como parte del mismo, por lo que se les brindó las oportunidades de participación equitativas y justas. (46–48).

No maleficencia: Se refiere a evitar el daño al máximo el daño causado por el accionar profesional, siendo así este estudio no pretenden menoscabar o soslayar la carencia de los aspectos científicos y teóricos de la investigación, sino buscó una forma de promoción y concientización de hábitos de indagación en la búsqueda de la mejor evidencia clínica para procurar servir mejor a los pacientes en el ejercicio profesional a través del fortalecimiento de la PBE. (49,50).

El consentimiento informado: Se constató a través de un documento la participación voluntaria de los sujetos de la investigación y que además

constituyó un instrumento legal y fidedigno del conocimiento de los participantes acerca de los lineamientos y alcances de la investigación (46,51).

Al ser un estudio descriptivo, no utilizamos intervenciones, ni sometimos a los participantes a una exposición experimental.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

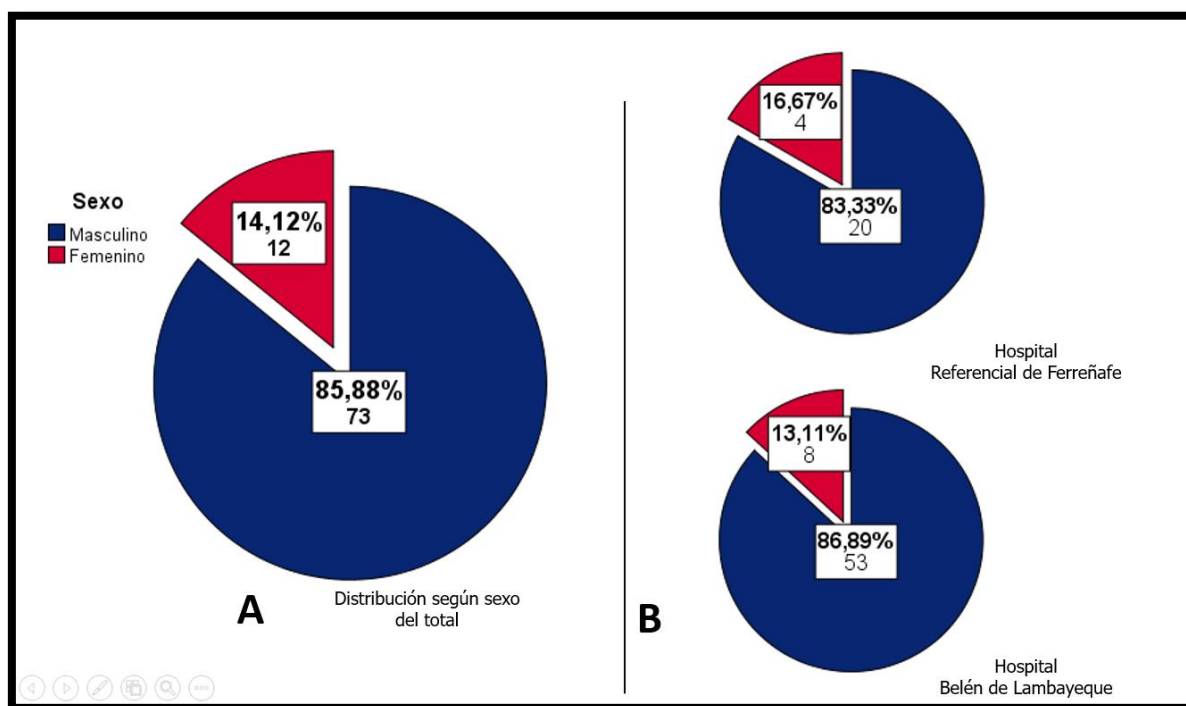
RESULTADOS

Tabla 0 1. Edad de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.

Edad			
Intervalo (años)	n	%	% acumulado
18 a 30	2	2,35%	2,35%
31 a 40	34	40,00%	42,35%
41 a 50	34	40,00%	82,35%
51 a 60	14	16,47%	98,82%
Mayor a 60	1	1,18%	100,00%
Total	85	100,00%	
Media			43,12
Mediana			43,00
Desv. Estándar			± 7,26

Fuente: Base de datos

n = Número de médicos, % = porcentaje



Fuente: Base de datos

Figura 0 1. Distribución según sexo de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022: a) Distribución según sexo del total de los médicos; b) Distribución según sexo y sede nosocomial de los médicos.

Tabla 0 2. Características laborales: hospital, especialidad, tipo de especialidad y tiempo de servicio de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.

Características laborales					
		Ítems	(n)	%	% acumulado
Hospital	HRF		24	28,24%	28,24%
	HBL		61	71,76%	100,00%
Especialidad	No (Médicos generales)		27	31,76%	31,76%
	Sí (Médicos especialistas)		58	68,24%	100,00%
Especialidad*	HRF	No	15	62,50%	62,50%
		Sí	9	37,50%	100,00%
	HBL	No	12	19,67%	19,67%
		Sí	49	80,33%	100,00%
Tiempo de servicio	< 5 años		6	25,00%	25,00%
	HRF	5 a 10 años	7	29,17%	54,17%
		> 10 años	11	45,83%	100,00%
		HBL	< 5 años	7	11,48%
	5 a 10 años		20	32,79%	44,26%
	> 10 años		34	55,74%	100,00%
Total			85	100%	

Fuente: Base de datos

n = Número de médicos

HRF: Hospital Referencial de Ferreñafe. HBL: Hospital Belén de Lambayeque.
(*): Especialidad de acuerdo al tipo de Hospital.

Tabla 0 3. Frecuencias de las respuestas acerca de la Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.

ÍTEMS	Ninguna ocasión	1 - 3 ocasiones	4 - 5 ocasiones	6 - 7 ocasiones	8 ocasiones a más
1. Utilicé la evidencia clínica disponible para cambiar mi práctica clínica	0 (0 %)	10 (11.76 %)	44 (51.76 %)	26 (30.59%)	5 (5.88 %)
2. Hice una evaluación crítica de la evidencia de algún estudio de investigación	11 (12.94 %)	19 (22.35 %)	29 (34.12 %)	13 (15,29 %)	13 (15,29 %)
3. Formulé una pregunta PICOT sobre algún aspecto de mi práctica clínica	12 (14.12 %)	27 (31,76 %)	22 (25.88 %)	16 (18.82 %)	8 (9,41 %)
4. Discutí informalmente la evidencia de un estudio de investigación con algún colega	7 (8.24 %)	22 (25.88 %)	25 (29.41 %)	25 (29.41 %)	6 (7.06 %)
5. Busqué información verídica sobre el problema de un paciente en una meta base	5 (5.88 %)	26 (30.59 %)	22 (25.88 %)	21 (24.71 %)	11 (12.94 %)
6. Compartí la evidencia de un estudio o estudios mediante un informe o presentación con más de dos colegas	23 (27.06 %)	21 (24.71 %)	15 (17,65 %)	8 (9,41 %)	18 (21.18 %)
7. Evalué los resultados de un cambio en la práctica clínica	12 (14,12 %)	31 (36,46 %)	20 (23,56 %)	9 (10,59 %)	13 (15.29 %)
8. Compartí una directriz de PBE con algún colega...	8 (9.41 %)	28 (32.94 %)	26 (30,59 %)	12 (14,12 %)	11 (12.94 %)
9. Compartí la evidencia de un estudio de investigación con un paciente/miembro de la familia	1 (1,18 %)	9 (10.59 %)	32 (37.65 %)	19 (22.35 %)	24 (28.24 %)
10. Compartí la evidencia de un estudio de investigación con el miembro de un equipo multidisciplinario	10 (11.76 %)	14 (16.47 %)	31 (36.47 %)	17 (20.00 %)	13 (15.29 %)
11. Leí e hice una evaluación crítica de un estudio de investigación	8 (9,41 %)	20 (23.53 %)	25 (29.41 %)	20 (23.53 %)	12 (14.12 %)
12. Consulté la base de datos de revisiones sistemáticas de Cochrane	7 (8.24 %)	21 (24.71 %)	24 (28.24 %)	18 (21.18 %)	15 (17.65 %)
13. Consulté a las guías de prácticas clínicas de las instituciones nacionales o internacionales	5 (5.88 %)	10 (11.76 %)	19 (22.35 %)	23 (27,06 %)	28 (32.94 %)
14. Utilicé una directriz de PBE o una revisión sistemática para cambiar la práctica clínica en el lugar donde trabajo	14 (16.47 %)	32 (37,65 %)	15 (17.65 %)	8 (9.41 %)	16 (18.82 %)
15. Evalué una iniciativa de atención al recoger información sobre los resultados de los pacientes	14 (16.47 %)	23 (27.06 %)	20 (23.53 %)	10 (11.76 %)	18 (21.18 %)
16. Compartí los resultados recogidos con mis colegas	0 (0 %)	11 (12.94 %)	39 (45.88 %)	23 (27.06 %)	12 (14.12 %)
17. Cambié la práctica de acuerdo con los resultados de mis pacientes	2 (1,98 %)	19 (22.35 %)	24 (28.24 %)	23 (27.06 %)	17 (20.00 %)
18. Promoví el uso de la PBE con mis colegas	4 (4.71 %)	15 (17.65 %)	22 (25,88 %)	19 (22.35 %)	25 (29.41 %)

Fuente: Base de datos

Tabla 0 4. Nivel de la Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.

Hospital	Nivel de la PBE							
	No aplica la PBE		Aplica Medianamente la PBE		Aplica adecuadamente la PBE		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
HRF	1	4,20%	15	62,50%	8	33,30%	24	100,00%
HBL	5	8,20%	43	70,50%	13	21,30%	61	100,00%
Total	6	7,10%	58	68,20%	21	24,70%	85	100,00%
Prueba Chi cuadrado (Exacta de Fisher) Nivel de PBE y Hospital: 1,565 – p valor: 0,561								

HRF: Hospital Referencial de Ferreñafe. HBL: Hospital Belén de Lambayeque. n = Número de médicos;

Fuente: Base de datos

Tabla 0 5. Nivel de la Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) según especialidad de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.

Nivel de la PBE								
Especialidad	No aplica la PBE		Aplica Medianamente la PBE		Aplica adecuadamente la PBE		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No (MG)	5	18,50%	16	59,30%	6	22,20%	27	100,00%
Sí (ME)	1	1,70%	42	72,40%	15	25,90%	58	100,00%
Total	6	7,10%	58	68,20%	21	24,70%	85	100,00%
Prueba Chi cuadrado (Exacta de Fisher) Nivel de PBE vs Especialidad: 7,928 – p valor*: 0,028								

Fuente: Base de datos

MG: Médicos generales – ME: Médicos especialistas, n = Número de médicos, *Estadísticamente significativo $p < 0.05$

Tabla 0 6. Nivel de la Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) según Hospital y especialidad de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.

Nivel de la PBE										
Hospital	Especialidad	No aplica la PBE		Aplica Medianamente la PBE		Aplica adecuadamente la PBE		Total		p - Valor
		n	%	n	%	n	%	n	%	
HRF	No	1	100,00%	10	66,70%	4	50,00%	15	62,50%	1,244 - p: 0,786
	Sí	0	0,00%	5	33,30%	4	50,00%	9	37,50%	
	Subtotal	1	100,00%	15	100,00%	8	100,00%	24	100,00%	
HBL	No	4	80,00%	6	14,00%	2	15,40%	12	19,70%	12,557 - p*: 0,008
	Sí	1	20,00%	37	86,00%	11	84,60%	49	80,30%	
	Subtotal	5	100,00%	43	100,00%	13	100,00%	61	100,00%	
	No	5	83,30%	16	27,60%	6	28,60%	27	31,80%	7,928 - p*: 0,028
	Sí	1	16,70%	42	72,40%	15	71,40%	58	68,20%	
	Total	6	100,00%	58	100,00%	21	100,00%	85	100,00%	

Fuente: Base de datos

MG: Médicos generales – ME: Médicos especialistas, n = Número de médicos, *Estadísticamente significativo $p < 0.05$

Tabla 0 7. Nivel de la Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) según sexo de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.

Nivel de la PBE								
Sexo	No aplica la PBE		Aplica Medianamente la PBE		Aplica adecuadamente la PBE		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	5	6,80%	48	65,80%	20	27,40%	73	100,00%
Femenino	1	8,30%	10	83,30%	1	8,30%	12	100,00%
Total	6	7,10%	58	68,20%	21	24,70%	85	100,00%
Prueba Chi cuadrado (Exacta de Fisher) Nivel de PBE vs sexo: 2,015 – p valor: 0,422								

n = Número de médicos,

Fuente: Base de datos

Tabla 0 8. Practica Basada en la Evidencia (Cuestionario de Melnyk) según el tiempo de servicio de los médicos del Hospital Referencial de Ferreñafe y del Hospital Belén de Lambayeque. Abril 2022.

Nivel de la PBE								
Tiempo de trabajo	No aplica la PBE		Aplica Medianamente la PBE		Aplica adecuadamente la PBE		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 5 años	4	30,80%	5	38,50%	4	30,80%	13	100,00%
5 a 10 años	2	7,40%	17	63,00%	8	29,60%	27	100,00%
> 10 años	0	0,00%	36	80,00%	9	20,00%	45	100,00%
Total	6	7,10%	58	68,20%	21	24,70%	85	100,00%

Prueba Chi cuadrado (Exacta de Fisher) Nivel de PBE y tiempo de trabajo: 17,108 – p valor*: 0,003

n = Número de médicos, *Estadísticamente significativo $p < 0.05$

Fuente: Base de datos

DISCUSIÓN

De los Hospitales incluidos en el estudio (Hospital Belén de Lambayeque y Hospital Referencial de Ferreñafe – Nivel II – 1): se encuestaron a 85 médicos, con un promedio de edad de $43,12 \pm 7,26$ años (Véase Tabla N° 01). Además, se puede evidenciar en la Figura N°01 (A) la distribución general según sexo de los médicos 14,12% (12) fueron del sexo femenino, mientras que 85,88% (73) del sexo masculino. Al respecto en nuestro estudio predominaron más médicos varones que mujeres, siendo que Huaillani (28) muestra proporciones de 1:1; pero Martínez (27) coincide con nuestro estudio con la proporción de entrevistados. Sin embargo, a nivel internacional como el estudio en Croacia de Nejašmić (26) muestran proporciones de 4 mujeres a 1 varón, pudiéndose apreciar entonces estadísticas heterogéneas, aunque estas frecuencias pueden tener algún tipo de asociación estadística con respecto a la disposición, actitud y ejecución de la PBE, como también se describe más adelante (28,27).

De acuerdo a la distribución del Hospital: 28,24% (24) participantes del total pertenecieron al Hospital Referencial de Ferreñafe – HRF y 71,76% (61) del Hospital Belén de Lambayeque - HBL. Con respecto a la especialización: a nivel general: 31,76% (27) eran médicos generales y 68,24% (58) eran médicos especialistas. Con respecto a la especialidad, dependiendo del Centro Hospitalario se evidencia que, 37,50 % (9) eran médicos especialistas del Hospital Referencial de Ferreñafe y 80,33% (49) especialistas del Hospital Belén de Lambayeque (Véase Tabla N° 02). En la distribución según, el tiempo de servicio de los médicos, podemos notar que: en el Hospital Referencial de Ferreñafe se registran 45,83% (11) médicos con labor mayor a 10 años y 55,74% (34) con más de 10 años en el Hospital Belén de Lambayeque.

Al respecto hay estudios que también evalúan estas características, aunque las estadísticas son heterogéneas con respecto al tipo de hospital, nivel sanitario y tiempo de servicio, también se puede evidenciar la influencia de estas características con respecto al nivel de PBE. Por citar a Martínez (27), en su estudio que incluyó a dos hospitales, se puede observar características muy similares a nuestro estudio, en territorio nacional, pues sus proporciones correspondientes a la cantidad de médicos, fue de alrededor del 40% para el Hospital Hipólito Unanue y 60% aproximadamente para el Daniel Alcides Carrión.

En lo que respecta a los niveles de la Práctica Basada en la Evidencia, existen varios instrumentos destinados a evaluar el nivel de la PBE, en este trabajo se usó el Cuestionario de Melnyk (45), que por las razones de viabilidad descritas, mostró globalmente que: 68,20% (58) aplicaron medianamente la PBE y 24,70% (21) aplicó adecuadamente la PBE – como se refiere en la Tabla N° 04. Con respecto a los especialistas, a nivel de ambos hospitales, se encontró que 72,40% (42) aplican medianamente la PBE y 25,90% (15) aplican adecuadamente la PBE; mientras que de los médicos generales 59,30% (16) aplican medianamente la PBE y 22,20% (6) aplican adecuadamente la PBE. Véase Tabla N° 05. Asimismo, se pudo evidenciar que, en el HBL aplicaron medianamente la PBE: 86% (37) médicos especialistas y 14 % (6) médicos generales; y aplicaron adecuadamente la PBE, 84,60% (11) médicos especialistas y 15,40 % (2) médicos generales. En el HRF aplicaron medianamente la PBE: 33,30% (5) médicos especialistas y 66,70 % (10) médicos generales; y aplicaron adecuadamente la PBE, 50% (4) médicos especialistas y 50 % (8) médicos generales. Véase Tabla N° 06.

En lo que concierne a los niveles de PBE, dependiendo de los instrumentos, los resultados también difieren: por ejemplo Huaillani (28) reporta que 36,5% (73) de los médicos aplica adecuadamente la PBE y 67,5% (31) ejecuta medianamente la PBE, esto último es comparable a nuestro estudio, con la salvedad que se evaluaron a médicos residentes, es decir en proceso de formación de una especialización. Pero Segundo et al (29), evaluando a médicos especialistas reporta que 60% aplicaba correctamente la PBE y 40%, no aplicaba la PBE. Nolivos (7), encontró 90,24% (148) de médicos, con excelentes nivel de PBE y 9,15% (15) que aplican medianamente la PBE, lo que difiere de nuestros reportes. Mat et al (19) en Malasia encuentra que 0,4 % practican adecuadamente la PBE; Capraş et al (20) también reporta una limitada practica adecuada de PBE.

Asimismo, se han identificado factores que pueden incidir directamente sobre el nivel de la PBE, como las características inherentes (edad y sexo) y adquiridas (Tipo de hospital, especialización, grado académico, docencia, barreras institucionales, conocimientos, actitudes, tipo de educación, tiempo de labor médica, entre otros) (7,19,28,34). Está claro que se puede desarrollar el potencial de la PBE y su utilidad en base en los resultados y aplicabilidad, sin embargo pueden identificarse barreras que restringen su uso, como describe Martínez et al (27): falta de tiempo, financiamiento deficitario, déficit de recursos institucionales, capacitaciones o conocimientos limitados, discusiones que se considera infructuosas y falsa expectativa o autoridad basada en conocimientos posteriori. Moosavi et al (21) en Irán, describe una asociación entre el nivel de conocimientos y las barreras y facilitadores de la MBE.

Se encontró, en nuestro reporte, que 28,24 % (24) de los médicos, consultó la base de datos de revisiones sistemáticas de Cochrane por lo menos en 4 a 5 ocasiones. 32,94 % (28) de médicos, alrededor de 8 ocasiones a más durante los 2 últimos meses consultaron las guías de prácticas clínicas de las instituciones nacionales o internacionales – Verificar Tabla N° 03. Martínez et al (27) reportó que sólo 25% (30) de los médicos consultaba Cochrane, resultados que son concordantes con lo que hemos reportado acerca de las consultas sistemáticas a Cochrane y guías clínicas. Abdulwadud et al (24), encontró que 48,6 % conocía la biblioteca de Cochrane, 46 % accedió a ella en alguna ocasión; pero ninguno la usó correctamente por falta de conocimiento y metodología para consultarla. Mohd et al (19) también mostró que a veces 47,6% (107) buscan información en bases sistematizadas y 43.6% (98) a veces buscan material relacionado a la MBE en Revistas indexadas, lo que es ligeramente superior a lo encontrado en nuestros reportes.

Otra de las características a resaltar en la promoción de las buenas prácticas clínicas basadas en la evidencia, es el afianzamiento, es decir la promoción, promulgación, participación, cuestionamiento y críticas constantes así como impulso de una metodología adecuada haciendo uso de razonamientos lógicos y comprobables independientemente de los arbitrajes (4,37,52), por citar la Tabla N° 03: 32,94 % (28) reconoce haber compartido una directriz de PBE con algún colega en 1 a 3 ocasiones; 45,88 % (39) compartió alrededor de 4 a 5 ocasiones los resultados recogidos con sus colegas (de la aplicación de la PBE en su práctica clínica) y 29,41 % (25) promovía el uso de la PBE en más de 8 ocasiones, durante los últimos par de meses. Mohd et al (21) también reportó que 33,3% (75) a menudo fomentaron la práctica basada en la evidencia entre sus compañeros de trabajo, en el área clínica (de manera formal e informal) y alrededor del 36% (81) compartieron a veces sus

conocimientos sobre MBE en su entorno, frecuencias que guardan congruencias con lo encontrado.

Además, se verificó una asociación estadísticamente significativa entre la especialidad y la aplicación de la PBE con p valor de 0,028. Véase Tabla N° 05. Garzón (7), al realizar sus estudios en Cuenca, también muestra resultados que coinciden a lo que encontramos, pues describe la asociación entre el grado profesional “especialidad” y el nivel de PBE (p valor = 0,011) al usar el cuestionario EBPQ, que mide conocimientos, actitudes y prácticas (7). Alshehriet et al en Arabia Saudita (23) y Danijel et al (26) en Croacia también verifican la asociación entre el nivel de PBE y el nivel de especialidad ($p < 0.05$).

Capras et al en Rumania (20), también muestran asociación entre la PBE con respecto al tipo de especialidad (médicas, quirúrgicas y mixtas) y encuentra que sólo 6,5% de los médicos generales y 6,5% de especialistas tenían buen nivel de prácticas de PBE. Sin embargo, un estudio nacional, realizado por Segundo et al (29), no concuerda con nuestros hallazgos, debido a que muestra asociación entre el nivel de conocimiento y actitudes pero no concordancia con el nivel de prácticas y menos con la presencia de especialidad. Al parecer los estudios internacionales guardan congruencia debido a que la metodología de la PBE, fue implementada hace mucho tiempo, lo que permitió que se estructure una metodología sólida, en especial en hospitales docentes y con médicos que realizan también actividades docentes, o que se capacitan constantemente en esto, cuya realidad también de atención al paciente difiere, empoderando al paciente, que puede cuestionar también bajo preceptos cuestionables el accionar médico (4,20,34). Sin embargo, contraviene en las diferentes

realidades nacionales, debido a que existen poca docencia y producción acerca de estos temas, cuestionamientos acerca del acto médico y falacias de autoridad.

En la Tabla N° 07; se muestran las frecuencias de la distribución del nivel de la PBE de acuerdo al sexo de los médicos de ambos nosocomios. Los médicos del sexo masculino: 27,40 % (20) aplicaron adecuadamente la PBE y 65,80 % (48) aplicaron medianamente la PBE. Del sexo femenino: 8,30% (1) aplicó adecuadamente la PBE y 83,30% (10) aplicaron medianamente la PBE. Además, también se verificó que no existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la aplicación de la PBE con p valor de 0,422. Al respecto: Mohd et al en Malasia en Kelantan - Malasia (19), Nolivos en Cuenca - Ecuador (7), Martínez en Tacna – Perú (27) mostraron asociación entre el nivel de PBE y el sexo. Sin embargo, Lafuente et al (22) en el estudio que realizó en París, no encontró asociación entre el uso de la MBE con respecto al sexo, como hemos encontrado en nuestro reporte.

En la Tabla N° 08; se muestran las frecuencias del nivel de la PBE de acuerdo al tiempo de servicio, en ambos nosocomios. De los médicos con un tiempo de servicio de menor a 5 años: 38,50 % (5) aplicaron medianamente la PBE y 30,80 % (4) aplicaron adecuadamente la PBE. Los médicos con entre 5 a 10 años de servicio: 63 % (17) aplicaron medianamente la PBE y 29,60% (8) aplicaron adecuadamente la PBE. Finalmente, de los médicos mayor a 10 años de servicio: 80 % (36) aplicaron medianamente la PBE y 20 % (9) aplicaron adecuadamente la PBE. Además, también se verificó asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de servicio y la aplicación de la PBE con p valor de 0,003. Estos resultados coinciden con las investigaciones de Mat et al, en Salangor – Malasia (19), Alshehri et al Qassim - Arabia Saudita (25), Danijel et al en Croacia (26), Martínez en Perú

(27) y Nolivos en Ecuador (7), esto se explicaría debido a las competencias adquiridas, capacitaciones desarrolladas, desenvolviendo profesional y concientización a lo largo del trabajo clínico, como lo han señalado.

Como limitaciones de este estudio describiríamos sólo abarcamos 2 hospitales del segundo nivel de la salud, pues ambos hospitales son de categoría II – 1, donde predominan generalmente, más médicos especialistas que médicos generales, a los que fue posible abarcar en nuestra entrevista, sin embargo, eso no nos impidió utilizar las pruebas estadísticas adaptadas a esta realidad. Cabe resaltar que se esperaba encontrar mayor uso de la PBE, a mayor nivel de complejidad hospitalario, sin embargo, las cifras demuestran que siguen siendo heterogéneos los niveles de PBE (4,28,30).

Asimismo, cabe resaltar que este informe, se ejecutó en un Estado de emergencia por la Covid – 19 por lo que, los médicos entrevistados pudieron tener alta carga de pacientes y se pudieron sentir presionados para responder, por lo que se pudo generar un sesgo de falta de respuesta. Además, el instrumento pretendió recopilar mediante una autoevaluación las respuestas, por lo que pudieron encubrir respuestas negativas y generar un sesgo de deseabilidad social, sin embargo, nos basamos en la confianza de las respuestas y en el respeto ético hacia la investigación. También, este estudio es de diseño transversal (lo que se reporta es producto de un tiempo determinado) por lo que las conductas de la PBE, pueden ir mejorando y potenciándose en el devenir y afianzamiento de esta metodología.

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES

1. Se encontró asociación entre el nivel de la de “Práctica basada en evidencias” (PBE) y la especialización de los médicos en el HBL. No se encontró asociación entre el nivel de la de “Práctica basada en evidencias” (PBE) y la especialización de los médicos en el HRF.
2. Con respecto a las características generales: 14,12 % (12) eran mujeres y 85,88 % (73) eran varones, con edad promedio de $43,12 \pm 7,26$ años. Además, 71,76% (61) de los médicos, eran del HBL y 28,24 % (24), del HRF. El 68,24 % (58) eran médicos especialistas y 31,76 (27) % eran médicos generales. En el HBL: 55,74% (34) de sus médicos registraron un tiempo de servicio mayor a 10 años y en el HRF: 45,83% (11) también un tiempo, mayor de 10 años.
3. A nivel general, los médicos que aplicaron adecuadamente la PBE fue 24,70 % (21), aplicaron medianamente la PBE, 68,20% (58) y no aplicaron la PBE, el 7,10% (6). En el HBL de los que aplicaron medianamente la PBE: 86% (37) eran médicos especialistas y 14% (6) eran médicos generales. De los que, aplicaron adecuadamente la PBE: 84,60% (11) eran médicos especialistas y 15,40 % (2) eran médicos generales.

En el HRF de los que aplicaron medianamente la PBE: 33,30% (5) eran médicos especialistas y 66,70 % (10) eran médicos generales. De los que, aplicaron adecuadamente la PBE, 50% (4) eran médicos especialistas y 50 % (8) eran médicos generales.

4. Se registró que 80,33% (49) eran médicos especialistas del Hospital Belén de Lambayeque y 37,50% (9) eran médicos especialistas del Hospital Referencial de Ferreñafe.
5. A nivel general, se encontró asociación estadísticamente significativa, entre el nivel de PBE con respecto a la especialización. ($p = 0,028$).

CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES

- A los docentes, la recomendación principal radica en la actualización de estas metodologías como parte de sus próximas enseñanzas y en su quehacer diario. Recordando el aforismo clásico: el médico es un estudiante eterno, por lo que tenemos que mejorar, aprovechar y canalizar de la mejor forma los conocimientos (validados por el nivel de evidencia) y recursos que poseemos en beneficio de la buena práctica clínica, dejando de lado las practicas que no tengan sustento científico.
- Actualmente existen instituciones nacionales e internacionales, que promueven la práctica basada en la evidencia – PBE y la medicina basada en la evidencia – MBE; por lo que podemos aprovechar sus recursos y capacitaciones para mejorar nuestra práctica clínica, lo que también potenciará el desempeño docente, médico y profesional (en todas las etapas de formación y especialidades).
- Se puede inculcar a los estudiantes de medicina, desde el pre grado en el aprovechamiento de los recursos objetivos de la PBE y MBE. Asimismo, se puede brindar apoyo a los grupos estudiantiles que se dedican a promover la investigación en nuestra universidad, fortaleciendo y sensibilizando estas cualidades desde el pre grado.
- Para nuestra universidad, la recomendación sería utilizar esta metodología en las revisiones y metodologías curriculares para los programas de nuestra formación debido a que estos lineamientos son estructurados, siguen una ilación lógica actual y son verificables y moldeables en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Egan LAV, Fernández MÁL. Introducción a la Medicina Basada en Evidencias. Rev CONAMED [Internet]. 2018;22(3):152-4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con173h.pdf>
2. Labrandero MC, Mansilla MP, Carrillo FBH, Mendiola MS. Una experiencia de formación: la Educación basada en evidencias. Rev Digit Univ [Internet]. 2019;20(6). Disponible en: https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/v20_n6_a6_Una-experiencia-de-formación-la-Educación-basada-en-evidencias.pdf
3. Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia: Cómo practicar y enseñar la medicina basada en la evidencia [Internet]. Elsevier; 2019. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=bASWDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=práctica+basada+en+la+evidencia+medicina&ots=YnwozlZklZ&sig=_nl9qb15Z1nZ6uxPTQllZXaFE08#v=onepage&q=práctica%20basada%20en%20la%20evidencia%20medicina&f=false
4. Melnyk BM, Fineout Overholt E. Práctica basada en la evidencia para ciencias de la salud: mejores prácticas [Internet]. Wolters Kluwer Health; 2016. Disponible en: https://cercabib.ub.edu/iii/encore/record/C__Rb2247687__Spractica%20basada%20en%20la%20evidencia%20para%20ciencias%20de%20la%20salud__Orightresult__U__X7?lang=cat&suite=def
5. Manterola C, Otzen T, García N, Mora M. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Rev Cir [Internet]. 2019;71(5):468-75. Disponible en:

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S2452-45492019000500468&script=sci_arttext
6. Velasco RC, others. Más allá de la medicina basada en evidencias. Diagnóstico [Internet]. 2018;57(3):161-161. Disponible en: <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/193>
 7. Garzón JFN, Aldás MAP, Fernández JVR. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA EN MÉDICOS DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, CUENCA - 2019. 2020; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/34214>
 8. Ortega Páez E. ¿Sigue vigente hoy día la medicina basada en la evidencia? Pediatría Aten Primaria [Internet]. 2018;20(80):323-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400001
 9. Cuello García CA, Pérez Gaxiola G. Medicina basada en la evidencia. Fundam Su Enseñ En El Contexto Clínico México DF Editor Médica Panam [Internet]. 2015; Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/medicina-basada-en-la-evidencia-incluye-version-digital>
 10. Castellanos-Olivares A, Vásquez Márquez PI. ¿Qué es la medicina basada en evidencias? Rev Mex Anesthesiol [Internet]. 2 de abril de 2016 [citado 20 de febrero de 2022];39(Supp 1):S236-9. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=117314607&lang=es&site=ehost-live>
 11. Málaga G, Neira Sánchez ER. La medicina basada en la evidencia, su evolución a 25 años desde su diseminación, promoviendo una práctica clínica científica, cuidadosa,

- afectuosa y humana. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2018;35(2):121-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172018000200007&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Mendoza Chuctaya G, Calla-Torres M, Ramos KR, Mejia CR. Examen Nacional de Medicina (ENAM): Análisis de la última década de evaluaciones teóricas en los futuros médicos del Perú. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2021;38(3):169-76. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172021000300169&script=sci_arttext&tlng=pt
 13. Mendoza Chuctaya G, Barreto JB, Agramonte-Vilca M, Ruiz-Esquivel J. Examen Nacional de Medicina del Perú: análisis y variación de resultados en una escuela de Medicina. 2008-2015. *Educ Médica* [Internet]. 2021;22:168-72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302936>
 14. Briz EL. PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA Y LECTURA CRÍTICA DE LA LITERATURA. Disponible en: <http://formacion.sefh.es/dpc/sefh-curso-cronico/aula3/aula3-tema05.pdf>
 15. Maguiña-Vargas C, Palacios-Celi M. El manejo del COVID-19: un dilema entre la ciencia y el arte terapéutico. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2020;37(2):228-30. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000200228#:~:text=En%20esta%20pandemia%20del%20COVID,compartir%C3%A1%20con%20el%20paciente%20las
 16. Vicco M, Rodeles Antonelli L. Medicina basada en la evidencia: conceptos introductorios para la práctica clínica [Internet]. Ediciones UNL; 2020 [citado 20 de

- febrero de 2022]. Disponible en:
<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/handle/11185/5517>
17. Ahmad Ghaus MG, Tuan Kamauzaman TH, Norhayati MN. Knowledge, Attitude, and Practice of Evidence-Based Medicine among Emergency Doctors in Kelantan, Malaysia. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 27 de octubre de 2021;18(21):11297. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34769813/>
 18. Norhayati MN, Nawawi ZM. Validity and reliability of the Noor Evidence-Based Medicine Questionnaire: A cross-sectional study. *PLOS ONE* [Internet]. 22 de abril de 2021 [citado 22 de abril de 2022];16(4):e0249660. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0249660>
 19. Zanaridah MN, Norhayati MN, Rosnani Z. Knowledge, attitude and practice of evidence-based medicine among primary care practitioners in Malaysia: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 1 de junio de 2021;11(6):e044372. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79324>
 20. Capraş RD, Bulboacă AE, Bolboacă SD. Evidence-based medicine self-assessment, knowledge, and integration into daily practice: a survey among Romanian physicians and comparison between trainees and specialists. *BMC Med Educ* [Internet]. 16 de enero de 2020;20(1):19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31948441/>
 21. Moosavi A, Sadeghpour A, Azami-Aghdash S, Derakhshani N, Mohseni M, Jafarzadeh D, et al. Evidence-based medicine among health-care workers in hospitals in Iran: A nationwide survey. *J Educ Health Promot*. 2020;9:365.

22. Lafuente-Lafuente C, Leita C, Kilani I, Kacher Z, Engels C, Canouï-Poitaine F, et al. Knowledge and use of evidence-based medicine in daily practice by health professionals: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 30 de marzo de 2019;9(3):e025224.
23. Minozzi S, Ruggiero F, Capobussi M, González-Lorenzo M, Regina ML, Squizzato A, et al. EBM, linea guida, protocolli: conoscenze, attitudini e utilizzo all'epoca della legge sulla responsabilità professionale e sicurezza delle cure. *Recenti Prog Med* [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 7 de mayo de 2022];109(5):294-306. Disponible en: <https://www.recentiproggressi.it/>
24. Abdulwadud O, Tadesse F, Yilma G, Midekssa M, Ibraghimova I. Knowledge and experience with cochrane and evidence based medicine among health professionals in Debreberhan Referral Hospital in Ethiopia: a cross-sectional survey. *Pan Afr Med J*. 2018;30:162.
25. Alshehri AA, Al-Khowailed MS, Alnuaymah FM, Alharbi AS, Alromaihi MS, Alghofaili RS, et al. Knowledge, attitude, and practice toward evidence-based medicine among hospital physicians in Qassim Region, Saudi Arabia. *Int J Health Sci* [Internet]. abril de 2018;12(2):9-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29599688/>
26. Nejašmić D, Vrdoljak D, Bralić Lang V, Borovac JA, Marušić A. Awareness, attitudes, barriers, and knowledge about evidence-based medicine among family physicians in Croatia: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 16 de mayo de 2020 [citado 17 de febrero de 2022];21:88. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231414/>

27. Martinez Guillermo GA. Medicina basada en evidencias: Conocimientos, actitud y acceso al uso de tecnologías de la información y publicaciones científicas (actualización médica) en médicos (asistentes y residentes) de los hospitales Daniel Alcides Carrión – ESSALUD e Hipólito Unanue de Tacna, año 2021. 15 de noviembre de 2021 [citado 8 de enero de 2022]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3056321>
28. Huaillani Chavez SDR. Práctica basada en la evidencia y actitud hacia la investigación en los médicos residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Lima-Perú. 2019. 2020 [citado 8 de enero de 2022]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2879761>
29. Segundo Paredes JA, Gonzales Medina CA, Francia De-la-Cruz RJ, Valdivia Vera E, Mejía Veramendi JP, Arango Ochante PM. Conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina basada en evidencias en médicos asistentes de un hospital público. Lima-Perú. Rev Peru Investig Materno Perinat [Internet]. 2018;7(2):9-15. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/2018-2-practica-medicina-basada-evidenci>
30. Cañedo Andalia R, Cruz Font J, Nodarse Rodríguez M, Guerrero Pupo JC, Álvarez Perdomo D. Medicina basada en evidencias: la investigación biomédica, los cuidados de salud y los profesionales de la información: Evidence-base medicine: biomedical research, health care and information professionals. ACIMED [Internet]. septiembre de 2011 [citado 20 de febrero de 2022];22(4):301-16. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=90443626&lang=es&site=ehost-live>

31. CABO J, CABO V, BELLMONT M, HERREROS J, TRAININI J. Medicina basada en la eficiencia (costo-efectividad y costo-utilidad) como refuerzo de la Medicina basada en la evidencia. Rev Argent Cardiol [Internet]. 2018;86(3):218-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3053/305361676014/305361676014.pdf>
32. Díaz JLA, Aguirre JMO, Salcido SD. Manual de medicina basada en evidencias [Internet]. Editorial El Manual Moderno; 2010. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6NzGCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=MANUAL+DE+MEDICINA+BASADA+EN+LA+EVIDENCIA+ARCEO+DIAZ&ots=mdpA-Ke-h_&sig=D5BtXwwtkmX-IhoMbDX_Z_t0X3A#v=onepage&q=MANUAL%20DE%20MEDICINA%20BASADA%20EN%20LA%20EVIDENCIA%20ARCEO%20DIAZ&f=false
33. Villanueva Egan LA, Lezana Fernández MÁ. Introducción a la Medicina Basada en Evidencias: Introduction to Evidence-Based Medicine. Rev CONAMED [Internet]. julio de 2017 [citado 20 de febrero de 2022];22(3):152-4. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=126512177&lang=es&site=ehost-live>
34. Feghali Restrepo A, Alejandro Estrada Mesa D. Problemas en la práctica clínica: los retos de la medicina basada en la evidencia: Problems in clinical practice: the challenges of evidence-based medicine. Médicas UIS [Internet]. enero de 2020 [citado 20 de febrero de 2022];33(1):59-65. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=144451954&lang=es&site=ehost-live>

35. García CAC. Medicina basada en evidencia: cómo buscar la información médica más válida y relevante. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Avances/2008/vol5/no15/7.pdf>
36. Suárez Obando F, Gómez Restrepo C, Castro S. Ciencias de la implementación: de la evidencia a la práctica. Acta Médica Colomb [Internet]. 2018;43(4):207-16. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n4/0120-2448-amc-43-04-00207.pdf>
37. Mamani Poma A. Medicina basada en la evidencia (MBE): pasado, presente y futuro. J Selva Andina Res Soc [Internet]. 2018;9(2):127-31. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/jsars/v9n2/v9n2_a09.pdf
38. Díaz JDM, Chacón VO, Ronda FJM. El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. Modelos de formulación. Enferm Glob [Internet]. 2016;15(3):431-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300016
39. Alper B, Haynes bhaynes@mcmaster. ca. EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. Evid Based Med [Internet]. 20 de junio de 2016;21:ebmed-2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304190411_EBHC_pyramid_50_for_accessing_preappraised_evidence_and_guidance
40. Ramos I. Entrenando con Cabeza: Aprendiendo a leer ciencia [Internet]. Entrenando con Cabeza. 2015 [citado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://entrenandoconcabeza.blogspot.com/2015/02/aprendiendo-leer-ciencia.html>
41. Contreras Cojal PF, Suarez Cuba JD, Luque Rodriguez LL. Percepción, actitud y limitaciones de los médicos residentes en la aplicación de la medicina basada en

- evidencia en la práctica clínica en un hospital de tercer nivel de atención en Lima-Perú. 2015 [citado 8 de enero de 2022]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2790508>
42. Bendezú D, Huamanchumo J, Jiménez FEL. La medicina basada en la evidencia: Una práctica clínica de calidad. Rev Exp En Med Hosp Reg Lambayeque REM [Internet]. 2018;4(1):32-32. Disponible en: <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/166>
 43. Cortés MIO. Utilización de la investigación y práctica basada en la evidencia. 2021; Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=TacxEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=práctica+basada+en+la+evidencia+medicina&ots=J7Z0pmq9Y2&sig=09NgyzDsMQNuaYg_u02Dvr1Mwtk#v=onepage&q=práctica%20basada%20en%20la%20evidencia%20medicina&f=false
 44. Melnyk B. Achieving a High-Reliability Organization Through Implementation of the ARCC Model for Systemwide Sustainability of Evidence-Based Practice. Nurs Adm Q [Internet]. 1 de abril de 2012;36:127-35. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/221693197_Achieving_a_High-Reliability_Organization_Through_Implementation_of_the_ARCC_Model_for_Systemwide_Sustainability_of_Evidence-Based_Practice
 45. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Mays MZ. The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. Worldviews Evid Based Nurs [Internet]. 2008;5(4):208-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19076922/>

46. Viera PA. Ética e investigación. Bol Redipe. 2018;7(2):122-49.
47. Mendoza A. Ética y medicina: la experiencia del Colegio Médico del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 12 de octubre de 2020];28(4). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/433>
48. Sánchez D. Ética y salud pública en tiempos de Covid-19. Rev Médica Urug. 2020;36(2):1-5.
49. Lizaraso Caparó F, Benavides Zúñiga A. Ética Médica. Horiz Méd Lima [Internet]. octubre de 2018 [citado 22 de diciembre de 2020];18(4):4-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2018000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
50. Droppelmann G. La instrumentalización metodológica en la ética de la investigación. EIDON Rev Esp Bioét. 2018;(49):102-14.
51. Millás-Mur J. Ética y Bioética en el pregrado de Medicina: una propuesta. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 21 de marzo de 2019 [citado 12 de octubre de 2020];36(1):93-9. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4260>
52. López Medina DC, Henao Pérez M, Henao Pérez J, others. Pautas para entender el trabajo que se realiza en el curso de medicina basada en la evidencia (MBE). Pautas Para Entender El Trab Que Se Realiza En El Curso Med Basada En Evid MBEDocencia-Guía Práctica Univ Coop Colomb Medellín Colomb [Internet]. 2018; Disponible en: <https://1library.co/document/qvlg4ldy-pautas-entender-trabajo-realiza-curso-medicina-basada-evidencia.html>

ANEXOS

ANEXOS N° 1 – INSTRUMENTO

PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIAS Y ESPECIALIZACIÓN EN MÉDICOS **DEL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE Y REFERENCIAL DE** **FERREÑAFE. LAMBAYEQUE – 2022.**

El siguiente cuestionario, es parte de una investigación de pre grado, elaborado por los alumnos: Martin Kelwin Caicedo Pisfil y Abel Ciro Córdova Chapoñán, asesorado por el Dr. José Enrique Pecsén Monteza, que busca identificar la asociación entre el grado de especialización con respecto a la aplicación de la práctica basada en la evidencia en su institución durante el presente año.

1. DATOS BÁSICOS:

- Edad: _____ años.
- Sexo: Masculino – Femenino
- Hospital en el que presta servicios: HRF (Ferrenafe) – HDBL(Lambayeque).
- Especialidad médica: Sí – No.
- Condición médica: Médico general – Médico especialista.
- Tiempo de servicio: Menor de 5 años - Entre 5 a 10 años - Mayor a 10 años.

PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE) EN CIENCIAS DE LA SALUD

Escala sobre la aplicación de la PBE						
A continuación, se muestran 18 preguntas sobre la práctica basada en la evidencia. Algunos profesionales sanitarios hacen algunas de estas cosas más a menudo que otros. No hay una frecuencia establecida con la que usted debería realizar estas tareas. Por favor responda a cada pregunta marcando el número que mejor describa la frecuencia con que cada afirmación aplica a sus acciones en las últimas 8 semanas.						
En los últimos 2 meses, yo:						
N°	Ítems	Ninguna ocasión	1 - 3 ocasiones	4 - 5 ocasiones	6 - 7 ocasiones	8 ocasiones a más
1	Utilicé la evidencia clínica disponible para cambiar mi práctica clínica	0	1	2	3	4
2	Hice una evaluación crítica de la evidencia de algún estudio de investigación	0	1	2	3	4
3	Formulé una pregunta PICOT sobre algún aspecto de mi práctica clínica	0	1	2	3	4

4	Discutí informalmente la evidencia de un estudio de investigación con algún colega	0	1	2	3	4
5	Busqué información verídica sobre el problema de un paciente en una meta base	0	1	2	3	4
6	Compartí la evidencia de un estudio o estudios mediante un informe o presentación con más de dos colegas	0	1	2	3	4
7	Evalué los resultados de un cambio en la práctica clínica	0	1	2	3	4
8	Compartí una directriz de PBE con algún colega...	0	1	2	3	4
9	Compartí la evidencia de un estudio de investigación con un paciente/miembro de la familia	0	1	2	3	4
10	Compartí la evidencia de un estudio de investigación con el miembro de un equipo multidisciplinario	0	1	2	3	4
11	Leí e hice una evaluación crítica de un estudio de investigación	0	1	2	3	4
12	Consulté la base de datos de revisiones sistemáticas de Cochrane	0	1	2	3	4
13	Consulté a las guías de prácticas clínicas de las instituciones nacionales o internacionales	0	1	2	3	4
14	Utilicé una directriz de PBE o una revisión sistemática para cambiar la práctica clínica en el lugar donde trabajo	0	1	2	3	4
15	Evalué una iniciativa de atención al recoger información sobre los resultados de los pacientes	0	1	2	3	4
16	Compartí los resultados recogidos con mis colegas	0	1	2	3	4
17	Cambié la práctica de acuerdo con los resultados de mis pacientes	0	1	2	3	4
18	Promoví el uso de la PBE con mis colegas	0	1	2	3	4

La validez de esta escala ha sido establecida y el alfa de Cronbach ha sido $\geq 0,85$ en varias muestras. Elaboración: Melnyk et al (41). Contiene 18 preguntas con escala Likert del 0 al 4, correspondiendo 0 al mínimo y 4 al máximo, cuyo valor final será: aplica frecuentemente la PBE al puntaje mayor o igual a 51, aplica medianamente la práctica basada en la evidencia al rango entre 22 a 50 y no aplica la práctica basada en la evidencia menor o igual a 21.

ANEXOS N° 2 – CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO: PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIAS Y ESPECIALIZACIÓN EN MÉDICOS DEL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE Y REFERENCIAL DE FERREÑAFE. LAMBAYEQUE – 2022.

Sr. (a). Dr. (a); nos dirigimos ante usted, somos estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UNPRG, para solicitar su colaboración y consentimiento en el desarrollo de este estudio de investigación, que es ejecutado en el hospital en donde usted labora; el cual servirá para conocer cuál es el nivel de Prácticas basadas en la evidencia que poseen, además se le comunica que esta investigación está respaldada por el consentimiento del director del Hospital y por las autoridades universitarias de la UNPRG.

Se le garantiza plena confidencialidad para el tratamiento de los datos obtenidos durante la investigación, asimismo se respetará la autonomía y los demás principios éticos de la investigación biomédica.

Se le agradece la participación y a través de su consentimiento, tendré por permitido continuar con el estudio, a través de los siguientes formularios, que se les presentará en la entrevista.

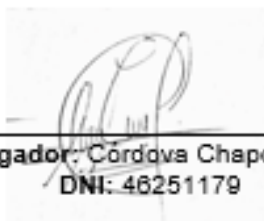
Chiclayo, abril del 2022.


DR. JOSÉ E. PECSÉN MONTEZA

Firma del asesor



Investigador: Caicedo Pisfil, Martin
DNI: 73967676



Investigador: Córdova Chapoñan, Abel
DNI: 46251179

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Dr. José Enrique Pecsén Monteza

Revisor del trabajo de investigación de las estudiantes CAICEDO PISFIL MARTIN KELWIN Y CORDOVA CHAPOÑAN ABEL CIRO: **“PRACTICA BASADA EN EVIDENCIAS Y ESPECIALIZACION EN MEDICOS DEL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE Y REFERENCIAL DE FERREÑAFE. LAMBAYEQUE - 2022”**

Que luego de la revisión exhaustiva del documento constato que la misma tiene un índice de similitud de 8% verificable en el reporte de similitud del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.



DR. JOSÉ E. PECSÉN MONTEZA

DNI: 16710447
ASESOR




Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Martin Kelwin Caicedo Pisfil / Abel Ciro Cordova Chapoñan
Título del ejercicio: Práctica basada en evidencias y especialización en médicos ...
Título de la entrega: Práctica basada en evidencias y especialización en médicos ...
Nombre del archivo: n_de_Lambayeque_y_Referencial_de_Ferreñafe_Lambayeque...
Tamaño del archivo: 3.73M
Total páginas: 84
Total de palabras: 15,417
Total de caracteres: 85,416
Fecha de entrega: 18-may.-2022 09:17p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 1839500779

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS


"Práctica basada en evidencias y especialización en médicos del
Hospital Belén de Lambayeque y Referencial de Ferreñafe,
Lambayeque - 2022"

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano
Línea de Investigación: Salud Pública.

AUTORES:
Caicedo Pisfil, Martin Kelwin
Cordova Chapoñan, Abel Ciro

ASESOR METODOLÓGICO:
Dr. Pecesén Montoya, José Enrique

Lambayeque - Perú
2022


JOSÉ E. PECSÉN M.
MÉDICO NEFRÓLOGO
CMP: 35047 - RNE: 22538
Mg. SALUD PÚBLICA
Dr.(C) CIENCIAS DE LA SALUD

Práctica basada en evidencias y especialización en médicos del Hospital Belén de Lambayeque y Referencial de Ferreñafe. Lambayeque – 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

2

Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Trabajo del estudiante

1%

3

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

dspace.ucuenca.edu.ec

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.unprg.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

www.elsevier.es

Fuente de Internet

<1%

7

repositorio.upt.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

8

shop.lww.com

Fuente de Internet

<1%

[Firma]
 DR. C. JUAN M.
 MEDICO NEFROLOGO
 C.M.P. 35047 - R.N.E. 22033
 Mg. SALUD PUBLICA
 Dr.(C) CIENCIAS DE LA SALUD

9	Submitted to Universidad Cesar Vallejo	<1 %
	Trabajo del estudiante	
10	investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe	<1 %
	Fuente de Internet	
11	analesdepediatria.org	<1 %
	Fuente de Internet	
12	repositorio.unap.edu.pe	<1 %
	Fuente de Internet	
13	www.pedro.org.au	<1 %
	Fuente de Internet	
14	repositorio.uma.edu.pe	<1 %
	Fuente de Internet	
15	repositorio.unprg.edu.pe:8080	<1 %
	Fuente de Internet	
16	es.scribd.com	<1 %
	Fuente de Internet	

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 20 words

JOSE P. PEREZ M.
MÉDICO NEFRÓLOGO
C.M.P. 35047 - R.N.E. 22033
Mg. SALUD PÚBLICA
Dr. (C) CIENCIAS DE LA SALUD