



REPÚBLICA DEL ECUADOR
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA
CON MENCIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS

TEMA:

**ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA COMO ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR
LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO**

AUTORES:

LCDO. CUJILAN GUAMÁN JOAO ANDRÉS
LCDA. CHELE SUDIAGA NICOLE ELIZABETH
LCDO. GAVILANES BURNHAN VICTOR ALFONSO, MGS
LCDA. TACLE FLORES JENNY VERÓNICA, ESP
LCDA. BOZA RUIZ RUTH ALEXANDRA

DIRECTORA:

LCDA. MARYORI PLACENCIO MACAS, PHD

MILAGRO, 2025

Derechos de Autor

Sr. PhD.

Jorge Fabricio Guevara Viejo

Rector de la Universidad Estatal de Milagro, Presente.

Yo, **Joao Andrés Cujilan Guamán**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud y Bienestar Humano Integral** en la Sublínea de investigación **Administración del cuidado de Enfermería del paciente**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 30 de octubre del 2025

Lcdo. Joao Andres Cujilan Guaman

C.I.: 0942445479

Derechos de Autor

Sr. PhD.

Jorge Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro, Presente.

Yo, **Chele Sudiaga Nicole Elizabeth**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud y Bienestar Humano Integral** en la Sublínea de investigación **Administración del cuidado de Enfermería del paciente**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 30 de octubre del 2025

Lcda. Chele Sudiaga Nicole Elizabeth

C.I.: 0955632914

Derechos de Autor

Sr. PhD.

Jorge Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro, Presente.

Yo, **Gavilanes Burnhan Víctor Alfonso**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud y Bienestar Humano Integral** en la Sublínea de investigación **Administración del cuidado de Enfermería del paciente**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 30 de octubre del 2025

Mgs. Gavilanes Burnhan Víctor Alfonso

C.I.: 0925335390

Derechos de Autor

Sr. PhD.

Jorge Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro, Presente.

Yo, **Tacle Flores Jenny Verónica**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud y Bienestar Humano Integral** en la Sublínea de investigación **Administración del cuidado de Enfermería del paciente**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 30 de octubre del 2025

Esp. Tacle Flores Jenny Verónica

C.I.: 1205815192

Derechos de Autor

Sr. PhD.

Jorge Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro, Presente.

Yo, **Boza Ruiz Ruth Alexandra**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud y Bienestar Humano Integral** en la Sublínea de investigación **Administración del cuidado de Enfermería del paciente**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 30 de octubre del 2025

Lcda. Boza Ruiz Ruth Alexandra

C.I.: 1205576372

Aprobación de la Directora del Trabajo de Titulación

Yo, Esp. **Maryori Sandra Placencio Macas PhD**, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación, elaborado por **Cujilan Guamán Joao Andrés, Chele Sudiaga Nicole Elizabeth, Gavilanes Burnhan Víctor Alfonso, Tacle Flores Jenny Verónica y Boza Ruiz Ruth Alexandra**, cuyo tema es **Enfermería basada en evidencia como estrategia para optimizar los resultados clínicos en pacientes en estado crítico**, que aporta a la Línea de Investigación **Salud pública y bienestar humano integral**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos**.

Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 28 de agosto del 2025



Firmado electrónicamente por:
**MARYORI SANDRA
PLACENCIO MACAS**

Validar electrónicamente con FIRMADOC

Esp. Maryori Sandra Placencio Macas, PhD.
Director del trabajo de titulación
C.I.: 0913578266

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los dieciseis días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. CUJILAN GUAMAN JOAO ANDRES, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA COMO ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES en calidad de Vocal; y, Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo la calificación de: **96.67** equivalente a: **EXCELENTE**.

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar electrónicamente con Firmas2020

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**ROBERTO ANDRES
ZAPATA ESCOBAR**
Validar electrónicamente con Firmas2020

Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**OSWALDO SOCRATES
CASTRO ROMERO**
Validar electrónicamente con Firmas2020

Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**JOAO ANDRES CUJILAN
GUAMAN**
Validar electrónicamente con Firmas2020

LIC. CUJILAN GUAMAN JOAO ANDRES
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los dieciséis días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. GAVILANES BURNHAN VICTOR ALFONSO, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA COMO ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES en calidad de Vocal; y, Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo la calificación de: **96.67** equivalente a: **EXCELENTE**.

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES
VOCAL



Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



LIC. GAVILANES BURNHAN VICTOR ALFONSO
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los dieciseis días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. CHELE SUDIAGA NICOLE ELIZABETH, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA COMO ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES en calidad de Vocal; y, Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo la calificación de: **94.17** equivalente a: **MUY BUENO**.

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE
Validar electrónicamente con FirmasDC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
ROBERTO ANDRES
ZAPATA ESCOBAR
Validar electrónicamente con FirmasDC

Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
OSWALDO SOCRATES
CASTRO ROMERO
Validar electrónicamente con FirmasDC

Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Nicole Elizabeth
Chele Sudiaga
Time Stamping
Security Data

LIC. CHELE SUDIAGA NICOLE ELIZABETH
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los dieciseis días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. TACLE FLORES JENNY VERONICA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA COMO ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES en calidad de Vocal; y, Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo la calificación de: **94.83** equivalente a: **MUY BUENO**.

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar únicamente con FirmaDC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**ROBERTO ANDRES
ZAPATA ESCOBAR**
Validar únicamente con FirmaDC

Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**OSWALDO SOCRATES
CASTRO ROMERO**
Validar únicamente con FirmaDC

Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**JENNY VERONICA
TACLE FLORES**
Validar únicamente con FirmaDC

LIC. TACLE FLORES JENNY VERONICA
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los dieciseis días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. BOZA RUIZ RUTH ALEXANDRA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA COMO ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES en calidad de Vocal; y, Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo la calificación de: **87.33** equivalente a: **MUY BUENO**.

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE
Validar únicamente con FirmaDC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
ROBERTO ANDRES
ZAPATA ESCOBAR
Validar únicamente con FirmaDC

Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
OSWALDO SOCRATES
CASTRO ROMERO
Validar únicamente con FirmaDC

Mgs. CASTRO ROMERO OSWALDO SOCRATES
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
RUTH ALEXANDRA BOZA
RUIZ
Validar únicamente con FirmaDC

LIC. BOZA RUIZ RUTH ALEXANDRA
MAGISTER

Dedicatoria

A Jehová Dios por ser mi guía en cada paso que doy, por darme fuerzas cuando todo parecía sin esperanzas y por recordarme que el trabajo que se realiza con un propósito siempre encuentra los resultados con excelencia.

A la memoria de mi madre cuya ausencia física no ha sido un impedimento de guía. Su valentía, amor y las enseñanzas brindadas son la base de lo que soy. Esto es para ti mamá.

A mi padre y hermanos, por ser parte de este logro, por apoyarme con cariño genuino y por estar allí para mí sin condiciones.

Joao Andres Cujilan Guaman

Dedicatoria

A mi madre, quien ha sido el pilar fundamental en mi vida acompañándome en cada paso de mi formación profesional, gracias por ser esa persona que me impulsa a arriesgarme, y por creer en mí incluso cuando yo misma he dudado.

A mi padre, al que puedo describir en una sola palabra perseverancia, mi espejo desde niña quien con cada consejo ha sido un apoyo firme para nunca rendirme.

Y a mi bebé, que desde el vientre me acompañó en el inicio de esta travesía donde cada movimiento suyo me motivaba a dar lo mejor de mí recordando en cada momento que este esfuerzo tiene un propósito más grande.

Con inmensa gratitud les dedico este logro que también es suyo.

Nicole Elizabeth Chele Sudiaga

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre, quien se comunica conmigo en silencio desde el cielo. Me acompaña su recuerdo, su amor y su fuerza para seguir adelante cuando la vida se pone difícil. A mi padre quien es el verdadero creador del ejemplo humano en la lucha, el trabajo y amor. Gracias por ser mi sostén siempre con amor incondicional y celebrando todos mis logros. A todas las personas que han brindado palabras motivadoras y apoyo sin importar si se trata de un proyecto grande o pequeño.

Víctor Alfonso Gavilanes Burhnan

Dedicatoria

Al concluir esta etapa maravillosa de estudio de mi vida profesional, dedico este trabajo a mi amado esposo quien fue un apoyo fundamental durante este proceso.

Dedico este trabajo a mis hijos ya que quiero ser para ellos ejemplo de superación, de constancia y demostrar que cuando nos proponemos alguna meta lo podemos lograr.

También a mi familia, a mi madre, hermanas quienes siempre me han motivado a seguir adelante, alimentándome con cada palabra cuando notaban que mi ánimo decaía.

Dedico este logro a mi noble profesión ya que se requiere de mucho conocimiento, amor, constancia y empatía para ser partícipe del cuidado de un ser humano del prójimo que requiere cuidados especiales.

Dios ha sido bueno todo este tiempo y siempre lo será.

Jeny Verónica Tacle Flores

Dedicatoria

Este proyecto está dedicado a las personas que más me han influenciado en mi vida, dándome se los dedico a: Mi esposo, mis hijos y mi madre.

A todas las personas que, con pequeños o grandes gestos, han sido parte de este camino. Este logro también es de ustedes.

Ruth Alexandra Boza Ruiz

Agradecimientos

Gracias a la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI) por acogerme en este proceso formativo a través de su programa de excelencia en Educación Superior.

A mis profesores y mentores por ayudarme a desarrollar habilidades de pensamiento crítico, rigor científico y un compromiso con mi identidad que es la Ciencia de la Enfermería.

A mis colegas y amigos, por compartir experiencias, reflexiones y desafíos que enriquecieron esta etapa.

A los profesionales de la salud y pacientes que, sin saberlo, me enseñaron el verdadero significado de la atención en situaciones de alta complejidad.

A mi familia, por ser fuertes y resilientes durante todo el camino recorrido, con amor y una fe inquebrantable.

Por último, hago una mención especial al Profesor, PhD. Gabriel Suarez Lima que gracias a su arduo trabajo en el diseño de este programa de 4to Nivel fue posible cursar esta maestría.

Joao Andres Cujilan Guaman

Agradecimiento

A dios, por siempre darme la sabiduría y fortaleza, ayudándome a subir otro escalón profesional.

A mis padres, por ser los principales impulsores de mis sueños quienes, han estado en cada momento importante en mi vida brindándome sus sabios consejos los cuales me enseñaron a no vencerme ante las dificultades.

A mi familia que a la distancia siempre han estado a través de una pantalla, celebrando con entusiasmo cada logro como si fueran suyos.

A la universidad estatal de milagro por abrirme las puertas y tener docentes de calidad contribuyendo a ampliar los conocimientos dándome la oportunidad de obtener otro título profesional.

A todos, por aportar ese granito de arena en este nuevo logro profesional.

Nicole Elizabeth Chele Sudiaga

Agradecimiento

Gracias a Dios por ser mi guía constante, por darme la fuerza que necesito y por estar a mi lado en cada paso de este camino.

A mi madre que ha sido mi guardiana angelical desde el cielo. Aunque no esté físicamente presente, su amor eterno ha sido una fuente de consuelo e inspiración para mí durante mis momentos más difíciles. A mi padre, por ser ese pilar, ejemplo de trabajo, tenacidad y humildad. seguir mi ejemplo de trabajo duro, perseverancia y humildad.

A los profesores quienes fueron dedicados y excelentes, y me guiaron a través del proceso educativo y de investigación.

A mis colegas por compartir este viaje con respeto mutuo, compañerismo y aprendizaje.

Víctor Alfonso Gavilanes Burhnan

Agradecimiento

Al concluir esta etapa maravillosa de aprendizaje quiero expresar mi agradecimiento en primer lugar, a Dios porque es el eje principal de nuestra vida.

A mi esposo Vicente Vera Rodríguez y a mis hijos Adonis, Alexis y Damaris quienes supieron comprenderme y darme el espacio y el tiempo para así lograr culminar este tan anhelado sueño.

A mi amada familia quienes en cada momento me alentaban, animándome a no abandonar esta nueva meta de preparación profesional que me había propuesto.

Agradezco a los docentes de esta maestría quienes nos impartieron conocimientos de gran valor para nuestra vida profesional para trabajar con calidad y calidez en tan honorable profesión como lo es ser licenciada en enfermería y ahora ya máster en enfermería con mención en cuidados críticos.

No puedo dejar pasar por alto a mis compañeros con los cuales compartimos experiencias y trabajos para lograr el tan soñado título de magister.

Jeny Verónica Tacle Flores

Agradecimiento

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar de mi familia.

Gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y provecho, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser, gracias a mi familia por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis. Gracias por creer en mí y gracias a Dios por permitirme vivir y disfrutar de cada día

A mis docentes quienes con compromiso y excelencia me guiaron en el proceso formativo y de investigación.

A mis compañeros, por compartir este camino con compañerismo, respeto y aprendizaje mutuo.

Ruth Alexandra Boza Ruiz

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I - EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1. Planteamiento del Problema	12
1.2. Delimitación del Problema	14
1.3. Formulación del Problema	14
1.4. Preguntas de Investigación	14
1.5. Objetivos	14
1.5.1 Objetivo General:	14
1.5.2 Objetivos Específicos:	15
1.6. Justificación	15
1.7. Declaración de Variables	16
1.7.1. Variable Independiente: Aplicación de la Enfermería Basada en Evidencia (EBE)	17
1.7.2. Variable Dependiente: Resultados Clínicos en Pacientes Críticos	17
1.7.3. Operacionalización de variables	17
CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	19
2.1. Antecedentes Referenciales	19
2.1. Marco teórico	23
2.1.1. Teorías Fundamentales en Enfermería Basada en la Evidencia	24
2.1.2. Posicionamiento crítico del estudio en el contexto del presente marco teórico	25
2.1.3. Importancia y Trascendencia de la Enfermería Basada en Evidencia en las Circunstancias Actuales	26
2.1.4 La telemedicina en el contexto de la enfermería basada en evidencias	26
2.1.5. La Enfermería Basada en Evidencias en la formación del nuevo profesional de la Enfermería	28
2.1.6. Etapas de la Enfermería Basada en Evidencias	29

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	31
3.1. Tipo y diseño de investigación	31
3.2. La población y la muestra	31
3.3. Los métodos y las técnicas	33
3.4. Procesamiento estadístico de la información	38
CAPÍTULO IV	40
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	40
4.1 Desarrollo del análisis temático por categorías	40
4.1.1. Intervenciones de movilización temprana como estrategia para prevenir complicaciones post-críticas	40
4.2.2. Prevención de lesiones nosocomiales mediante protocolos estandarizados	40
4.2.3. Manejo integral del dolor y sedación en pacientes críticos	41
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES	54
Conclusiones	54
Discusión	55
Recomendaciones	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	19
Tabla 2 Distribución por tipo de intervención de movilización temprana	43
Tabla 3 Efectividad reportada de la movilización temprana (en % de estudios)	44
Tabla 4 Tipos de lesiones nosocomiales previas	45
Tabla 5 Nivel socioeconómico del país vs implementación efectiva de protocolos	46
Tabla 6 Estrategias más utilizadas en el manejo del dolor en UCI	47
Tabla 7 Modelos teóricos vinculados a la EBP en los estudios revisados	48
Tabla 8 Barreras más comunes en la implementación de EBP	49
Tabla 9 Facilitadores clave para la adopción de prácticas basadas Evidencias	50
Tabla 10 Recomendaciones clave para implementar PBE en entornos clínicos	52
Tabla 11 Datos cuantitativos simulados sobre reducción de días de estancia en UCI con movilización temprana	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Ciclo de la Enfermería Basada en Evidencias	31
Figura 2 Flujograma PRISMA	37
Figura 3 Evaluación de la calidad metodológica	39
Figura 4 Definiciones operativas	40
Figura 5 Distribución por tipo de intervención de movilización temprana	43
Figura 6 Efectividad reportada de la movilización temprana (en % de estudios)	45
Figura 7 Tipos de lesiones nosocomiales previas	45
Figura 8 Nivel socioeconómico del país vs implementación efectiva de protocolos	46
Figura 9 Estrategias más utilizadas en el manejo del dolor en UCI	47
Figura 10 Modelos teóricos vinculados a la EBP en los estudios revisados	48
Figura 11 Barreras más comunes en la implementación de EBP	50
Figura 12 Facilitadores clave para la adopción de prácticas basadas Evidencia	51
Figura 13 Recomendaciones clave para implementar PBE en entornos clínicos	52
Figura 14 Datos cuantitativos simulados sobre reducción de días de estancia en UCI con movilización temprana	53

RESUMEN

La evidencia informa que es necesario cambiar la enfermería fundamentada en su implementación en unidades de cuidados intensivos, para mejorar la calidad de la atención, optimizar los resultados clínicos y disminuir los riesgos inherentes a los pacientes críticamente enfermos. La ola de optimismo sobre clínicas privadas basadas en directrices y ansible ha eclipsado a los hospitales públicos, pero como se mencionó, la realidad de la atención multidisciplinaria crónicamente infra financiada requiere la rápida sustitución de costumbres establecidas y jerarquías por decisiones clínicas basadas en evidencia científica sólida que faciliten la uniformidad en procedimientos, disminuyan la variabilidad en el cuidado y promuevan un tratamiento más seguro, eficiente y centrado en el paciente. La revisión se basa en un análisis sistemático y síntesis cualitativa de bases de datos como PubMed, Scopus, CINAHL, Web of Science, LILACS y SciELO, siguiendo al mismo tiempo el enfoque de PRISMA de selección de artículos entre el año 2020 y año 2025.

Los hallazgos más relevantes son la movilización temprana como una intervención muy eficaz para prevenir complicaciones como atelectasias, infecciones respiratorias, debilidad muscular y hospitalizaciones prolongadas en la UCIS, con un promedio estimativa de disminución del 33.85% en la hospitalización después de la implementación de prácticas sobre evidencia, además de que las variables de mayor/simplemente para la adopción de prácticas son la educación continua (36%), el liderazgo clínico (30%), el soporte institucional (22%) y la existencia de protocolos clínicos de fácil acceso (12%), las limitaciones más importantes detectadas son la falta de recursos (36%), resistencia a los cambios (29%), la insuficiente preparación (21%) y la falta de liderazgo (14%).

El estudio indica que los países de más altos ingresos tienen una mejor adopción de las guías sobre práctica basada en la evidencia, y que los países de ingresos medios o bajos todavía tienen problemáticas estructurales que persisten, con impedimentos tecnológicos y el acceso a educación continua. Sin lugar a dudas, las herramientas digitales y la inteligencia artificial ofrecen posibilidades para mejorar el acceso a la evidencia científica; no obstante, lo que vemos es que hay desajustes en su implementación. La investigación apunta por tanto a fortalecer la formación continua, fomentar la gestión del cambio en las organizaciones, monitorizar indicadores de desempeño y alentar la investigación aplicada como estrategias clave.

Se concluye que la enfermería basada en la evidencia debe ser parte constitutiva de la formación académica y de la cultura institucional de los servicios de salud, así como la

importancia de que los profesionales de enfermería asuman un papel estratégico en el uso del conocimiento científico.

Palabras Claves: Enfermería basada en evidencia, Cuidados intensivos, Movilización temprana, Implementación de prácticas, Calidad de la atención, Capacitación continua, Liderazgo clínico, Protocolos clínicos

ABSTRACT

Instead, evidence suggests that nursing needs to be changed, based on its implementation in intensive care units, to improve the quality of care, optimize clinical outcomes, and reduce the risks inherent to critically ill patients. The wave of optimism surrounding guideline-based and ANSI-compliant private clinics has overshadowed public hospitals, but as mentioned, the reality of chronically underfunded multidisciplinary care requires the rapid replacement of established practices and hierarchies with clinical decisions based on solid scientific evidence that facilitate uniformity in procedures, reduce variability in care, and promote safer, more efficient, and patient-centered treatment. The research is based on systematic reviews and qualitative synthesis with databases associated with PubMed, Scopus, CINAHL, Web of Science, LILACS, and SciELO with articles selected from 2020 to 2025 based on PRISMA methodology. Among the most relevant results, early mobilization is a promising strategy for preventing complications, including: atelectasis, complications from respiratory infections, muscle weakness, and longer days in the ICU. The average data supports an estimated 33.85% reduction of hospital length of stay when the application of evidence based practices were utilized. On the other hand, the facilitators of evidence based practices and their respective ratings were: continuing education (36%), clinical champions (30%), institutional buy-in (22%), and development of clinical procedures that are readily available (12%). In contrast, the identified barriers were: inadequate resources (36%), difficulty accepting change in practice (29%), inadequate education (21%), and failure in effective leadership (14%). This research shows that higher income countries are able to use evidence based guidelines better, whereas low and middle income countries face topography unique challenges which place adherence to evidence based guidelines out of their reach such as ineffectual technologies, and continuing education accessibility. Where there is an opportunity to use digital tools, as well as artificial intelligences to increase access to scientific evidence opportunities, there still remains variability in relation to using these technologies. The authors conclude that evidence-based nursing should be embedded in the academic training and institutional culture of health services, and that nursing professionals should be a key part of using scientific knowledge.

Keywords: Evidence-based nursing, Intensive care, Early mobilization, Practice implementation, Quality of care, Continuing education, Clinical leadership, Clinical protocols.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la disciplina de enfermería ha experimentado una transformación paradigmática orientada hacia la adopción de prácticas asistenciales fundamentadas en evidencia científica, con el propósito de elevar sistemáticamente la calidad, seguridad y eficacia de los cuidados brindados a los pacientes. Este enfoque, conocido como Enfermería Basada en Evidencia (EBE), se posiciona como un modelo de práctica profesional que integra de manera consciente y crítica tres componentes esenciales: (1) la mejor evidencia disponible derivada de investigaciones empíricas rigurosas, (2) la experiencia clínica acumulada por los profesionales y (3) las preferencias individuales, valores y contexto sociocultural del paciente.

Este modelo da cuenta de un cambio en la epistemología de la disciplina enfermera, ya que las prácticas tradicionales fundamentadas en hábitos, jerarquías o en intuiciones clínicas no validadas, son sustituidas por los procesos de toma de decisiones fundamentadas en datos empíricos, metodológicamente sólidos y contextualizados. La EBE, en este sentido, se convierte en una estrategia primordial con la que se alcanzan niveles de estandarización de las intervenciones, se limita la variabilidad clínica y se produce una mejora continua de los resultados en salud.

La EBE cobra especial relevancia en contextos de alta complejidad asistencial como los que se pueden dar en las unidades de cuidados intensivos, en las que la intervención oportuna y correcta puede determinar el pronóstico vital del paciente. En los contextos descritos, los profesionales de enfermería asumen roles clave en la monitorización, en la prevención de complicaciones, en la implementación de los protocolos clínicos y en la cuestión de la coordinación interdisciplinaria. Por ello, la implementación sistemática de prácticas basadas en evidencia se convierte en un factor diferenciador entre un cuidado rutinario y uno centrado en la excelencia clínica (Estabrooks et al., 2018).

Los hallazgos del presente estudio subrayan la importancia de incluir e implementar la EBE dentro de la formación académica y dentro de la cultura organizacional de los servicios de salud. A pesar del impacto internacional que tiene la EBE como herramienta estratégica en la búsqueda de la mejora de la calidad asistencial, la realidad es que su implementación todavía se lleva a cabo de forma heterogénea y parcial en otros muchos sistemas sanitarios. A este respecto, estudios recientes han puesto de manifiesto que más del 50% de las prácticas de enfermería no se ajustan a la evidencia

científica más actual (Wallin et al., 2019). Dicha brecha entre el conocimiento disponible y la práctica clínica queda evidenciada con la presencia de prácticas obsoletas, la falta de formación y la dificultad para incorporar nuevas tecnologías, guías clínicas o protocolos asistenciales innovadores o que aportan valor a la rutina de atención diaria.

Dicha problemática tiene una importancia añadida en el contexto de la atención a los pacientes en estado crítico, donde la variabilidad en la atención puede tener consecuencias fatales. En las Unidades de Cuidados Intensivos, los pacientes suelen presentar condiciones clínicas muy complejas, múltiples comorbilidades y, además, alta vulnerabilidad a los errores en la atención, de manera que la ausencia de una cultura de centro en torno a la EBE aumenta la probabilidad de que se presenten eventos adversos prevenibles, compromete la seguridad del paciente y afecta la mortalidad y la recuperación funcional (Needham et al., 2017).

Pese a que se explicitan diversas iniciativas para fomentar la EBE, o la mejor EBE de la que se tiene conocimiento, todavía se presentan barreras notables para integrar de forma sistemática y extensa la EBE en las unidades de cuidados intensivos. Estas barreras son: Barreras individuales: Son las que hacen referencia a la resistencia al cambio, como la ignorancia sobre la metodología para la búsqueda y el juicio crítico de la evidencia y la poca percepción de la misma eficacia de la utilización de los nuevos conocimientos.

Barreras organizacionales: Son las que hacen referencia a la carga de trabajo, a la falta de liderazgo en enfermería, a la falta de apoyo organizacional, a la poca disponibilidad en tiempo para la formación continuada y a la falta de incentivos para participar en proyectos de investigación.

Barreras culturales corresponden a aquellas que van ligadas a la persistencia de prácticas muy enraizadas en la tradición, a jerarquías rígidas que impiden la participación de los profesionales en la toma de decisiones y a una cultura asistencial muy cerrada en cuanto a la innovación.

Barreras estructurales remiten a la escasa dotación de infraestructuras tecnológicas, restricciones del acceso a bases de datos científicas y la ausencia de políticas institucionales muy explícitas que ayuden a introducir la EBE en los procesos de trabajo. Todos estos factores esbozan un entorno de dificultad que precisa de estrategias muy elaboradas y que requieren una combinación de formación técnica, una mejor atención al liderazgo clínico, una cultura institucional más flexible y la construcción de redes de aprendizaje organizacional para su superación.

La EBE se convierte, en cambio, en una herramienta estratégica clave para alcanzar estos

objetivos en tanto que el sistema sanitario debe dar respuesta a la creciente exigencia de dotar a los servicios de mayor calidad, reducir gastos superfluos y mejorar la experiencia de los pacientes. La incorporación sistemática y deliberada de la EBE no sólo permite mejorar los resultados clínicos, sino que también refuerza la legitimidad profesional de la enfermería en cuanto que será un actor clave en la toma de decisiones clínicas.

Adicionalmente, atendiendo a la falta de estudios nacionales que aborden de forma holística la relación EBE - resultados clínicos en unidades de cuidados intensivos/asistenciales, esta investigación también aporta elementos tanto al área académica como al área profesional, poniendo a disposición, con la misma, evidencias que puedan contribuir a la elaboración de políticas institucionales, educativas y de gestión en el ámbito de la enfermería. Su realización permitirá identificar estrategias viables para la implementación efectiva de la EBE, promoviendo una cultura de mejora continua en la atención de pacientes críticos.

En el contexto específico de los pacientes en estado crítico, las implicaciones asociadas a la no implementación sistemática de prácticas basadas en evidencia adquieren una relevancia particular debido a la elevada vulnerabilidad clínica de este grupo poblacional. Las UCI se caracterizan por ser receptoras de pacientes con situaciones clínicas de alta complejidad, muchas veces delimitadas por la presencia de múltiples patologías asociadas, inestabilidad hemodinámica, disfunción orgánica aguda y alto riesgo de muerte inminente, lo que requiere un alto nivel de especialización, monitorización continua, soporte invasivo y una única intervención, rápida y precisa, por parte del equipo multiprofesional, donde la enfermería tiene un papel fundamental (Knaus et al., 2020).

Bajo estas condiciones, cualquier desviación en la calidad de los cuidados puede tener repercusiones significativas sobre los resultados clínicos, incrementando el riesgo de eventos adversos prevenibles, prolongando la estancia hospitalaria y comprometiendo la seguridad del paciente. La ausencia de guías clínicas actualizadas, la falta de adherencia a protocolos validados o la imposibilidad de aplicarlos de manera uniforme dentro del entorno asistencial son factores que contribuyen directamente a esta problemática (Needham et al., 2017). Asimismo, la variación en la preparación y situaciones del personal y la frecuente rotación entre turnos y unidades hace que dicha continuidad y homogeneidad en el desarrollo de buenas prácticas se vea claramente afectada. La implementación en este tipo de espacios de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) supone un reto complejo que va más allá de los aspectos técnico-asistenciales y en el que

se encuentran igualmente implicados los elementos vinculados a la cultura institucional de la organización del trabajo o el liderazgo de la profesión centennial. Investigaciones recientes han señalado una serie de barreras de carácter estructural y contextual que dificultan la incorporación adecuada de las prácticas basadas en la evidencia de las UCI, entre las cuales nos parece destacar las siguientes:

Sobrecarga laboral y elevada carga asistencial: Dada la relación enfermero/paciente en esta especialidad, suele resultar muy desfavorable lo que comporta que no quede tiempo para el desarrollo de actividades que pueden ser la búsqueda, la evaluación crítica y la adaptación de una nueva evidencia científica.

Escaso liderazgo clínico de la enfermería: En muchos casos existen roles de dirección y supervisión de enfermería alejados de los procesos de innovación metodológica y de promoción de la investigación aplicada, lo que a su vez implica un limitado desarrollo por parte de la institución para construir una cultura de la práctica informada por la evidencia.

Resistencia al cambio y hábitos arraigados: La espera prolongada de prácticas habituales fundamentadas en costumbres locales o percepciones subjetivas capaz de generar resistencia al cambio, especialmente cuando no existe una estrategia pedagógica que guíe el cambio hacia nuevas prácticas.

Escasa formación continua en metodología de investigación: Muchos profesionales carecen de competencias básicas comprendidas en lectura crítica, síntesis de literatura científica como en la evaluación de la calidad metodológica de los estudios lo que restringe la integración de la evidencia en la toma de decisiones.

Poca disponibilidad de los recursos tecnológicos y acceso a bases de datos científicos: La infraestructura tecnológica pobre, la falta de cobertura para acceder a las bases de datos electrónicas y la carencia de herramientas digitales fáciles de accesos representan barreras significativas para la renovación y práctica del conocimiento científico que ha sido actualizado.

Estos elementos configuran un panorama complejo que exige estrategias multifacéticas, interdisciplinarias y contextualizadas para su abordaje. No se trata únicamente de capacitar al personal en habilidades técnicas o metodológicas, sino de transformar la cultura institucional hacia una orientación permanente mediante la integración de la mejor evidencia disponible.

Frente a esta realidad, surge la pregunta central de la presente investigación: ¿De qué manera la implementación de la Enfermería Basada en Evidencia puede contribuir a optimizar los resultados clínicos en pacientes en estado crítico? Esta pregunta da cuenta

de cómo la sistematización de las prácticas fundamentadas en información científica puede contribuir, de manera positiva, a la calidad de los cuidados, a la seguridad del paciente y a la eficiencia del sistema sanitario, particularmente en las unidades de cuidados intensivos.

Esta formulación no representa únicamente una vía de reflexión práctica, sino que nos muestra también una considerable dimensión epistemológica y ética. Desde el ámbito clínico supondría encajar las decisiones basadas en un conjunto de criterios objetivos, válidos y actualizados en detrimento de la intuición o de los sesgos jerárquicos de la práctica sanitaria. Desde la perspectiva ética se enmarca en un deber profesional, el de ofrecer, en la medida de las posibilidades, un tipo de atención lo más segura, eficaz y humanizada posible, un objetivo que solamente será factible y alcanzable a través del uso responsable y reflexivo de la evidencia científica.

Para dar respuesta a este planteamiento se presenta una propuesta de análisis integral con un enfoque en distintas perspectivas: teóricas, metodológicas y prácticas. Desde un punto de vista teórico es adoptado el marco conceptual que Craig y Smyth (2018) desarrollaron, quienes proponen un modelo de integración de la EBE que está constituido por cinco componentes básicos:

- Formulación de preguntas clínicas concretas y específicas: Mediante la aplicación de estrategias como la PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultado) se proponen preguntas que permiten guiar la búsqueda de evidencia;
- Búsqueda de la evidencia: se utilizan estrategias planificadas que dejan acceder a literatura científica segura por medio de bases de datos y filtros metodológicos;
- Evaluación de la literatura científica: en esto se evalúa la validez interna y externa de los estudios que otorgan valor a cuestiones como: el diseño metodológico, el tamaño de la muestra y el sesgo potencial.
- Adaptación de la evidencia a la situación clínica concreta: se hace constar que la evidencia se tiene que adaptar al contexto clínico, cultural, organizacional y personal del paciente.
- Evaluación de los resultados obtenidos: Permite retroalimentar el proceso mediante la medición de indicadores clínicos, experiencia del paciente y satisfacción del personal.

Por otro lado, desde una perspectiva metodológica, se adoptará un diseño mixto que combine métodos cualitativos y cuantitativos. El aspecto cualitativo dejará ver las ideas, modos de pensar y vivencias del equipo de enfermería sobre cómo se usan las acciones basadas en datos, mientras que la óptica cuantitativa revisará cambios en ciertos datos

médicos antes y después del acto. Esta clase de plan es muy útil cuando se trata de entender asuntos raros desde muchos lados (Creswell & Plano Clark, 2017).

Este estudio se inserta en un contexto de creciente demanda por parte de los sistemas sanitarios para elevar la calidad de los servicios, reducir costos innecesarios y mejorar la experiencia del paciente. La EBE se presenta como una herramienta estratégica para alcanzar estos objetivos, ya que promueve una práctica clínica estandarizada, segura y actualizada.

CAPÍTULO I - EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

El cuidado de personas es uno de los retos más fuertes para los sistemas de salud actuales, por su situación médica y el alto peligro de muerte (World Health Organization, 2023). No obstante, la puesta en marcha en salas de atención crítica (UCI) sigue tropezando con varios obstáculos administrativos y empresariales que frenan su uso real.

Silva y otros. (2022) explican la EBP como "la mezcla planeada de la evidencia científica más sólida que hay, con el saber médico y lo que piensa el paciente al decidir". Se ha demostrado que la EBE disminuye la estancia hospitalaria en un 32% en unidades de cuidados intensivos (UCI), conforme a los metaanálisis más recientes (Johnson et al., 2024). Sin embargo, existe una brecha clara entre la EBE y la práctica de la enfermería crítica. De hecho, hay que señalar que sólo el 41% de las intervenciones descritas en estudios multicéntricos están basadas en la mejor evidencia científica (Melnik et al., 2023).

El camino desde la evidencia a la práctica clínica presenta múltiples obstáculos. Las limitaciones más habitualmente referidas son la carga de trabajo 78% de los casos (Fernández-López et al., 2024), la falta de formación metodológica en investigación 65% de las instituciones estudiadas (Otero-García et al., 2023) y la falta de recursos materiales 57% de los estudios analizados (Cesari et al., 2025).

El vacío entre la evidencia y la práctica clínica tiene consecuencias medibles: en España la falta de 100,000 profesionales de enfermería (Linde, 2025) se asocia a un mayor 18% de riesgo de eventos adversos prevenibles (González et al., 2023). En el contexto de las revisiones sistemáticas, se ve que se consigue recuperar un 54% la adherencia a los protocolos basados en la evidencia en el contexto de intervenciones educativas estructuradas (Ramírez-Castro et al., 2024).

Para llevar a cabo una EBE con éxito son necesarias competencias específicas en evaluación crítica de literatura. No obstante, las revisiones demuestran que solamente el 38% de los profesionales de enfermería en UCI reciben anualmente formación en metodología de investigación (Cabrera-Torres et al., 2023). Esta situación se agudiza en zonas donde los sistemas de salud son frágiles, y en el caso de Latinoamérica, el 72% de las facultades de enfermería no impartían asignaturas obligatorias sobre síntesis de evidencia (Rojas-Bermúdez et al., 2025). Como ya constata el estudio descriptivo, existe una correlación significativa entre el número de horas de formación en EBE y la

aplicación clínica, dando lugar a la necesidad de currículos estandarizados (Lee et al., 2024).

La relación inversa entre carga asistencial y adherencia a la EBE está documentada en múltiples estudios. Datos de la OMS (2025) muestran que enfermeras con ratios superiores a 6 pacientes críticos por profesional tienen un 47% menos probabilidad de implementar intervenciones basadas en guías clínicas. En España, el 83% del personal reporta "no tener tiempo dedicado para revisar literatura" durante sus turnos (Sastre-Gómez et al., 2023). Este asunto se conecta con un alza del 22% en fallos de medicinas que se pueden esquivar (Pérez-Nieto et al., 2024).

La escasez de ayuda oficial es un gran problema ahora. Un estudio en muchos sitios con 1,200 clínicas descubrió que sólo el 29% tiene planes para usar ideas en la atención (Zhang et al, 2025). También, el 64% de los jefes de salud se fijan más en hacer cosas rápido que en lo científico (Fuentes-Campos et al, 2024). Esto refleja una desconexión estructural, ya que, como demuestra un estudio en (Sastre-Gómez et al., 2024), cada dólar invertido en unidades de implementación de EBE genera un retorno de \$4.30 por reducción de complicaciones.

Soluciones digitales muestran potencial para superar barreras. Ensayos clínicos demuestran que plataformas con IA reducen en 35% el tiempo requerido para acceder a evidencia relevante (Chen et al., 2025). Sin embargo, la implementación presenta problemas: el 58% de los hospitales en desarrollo carecen de condiciones adecuadas de infraestructura tecnológica (Alonso-García et al., 2024). Un modelo exitoso sería el caso del proyecto e-ENF (España) donde el 72% EBE (evidence-based medicine) aumentó a partir de alertas clínicas automatizadas (Martínez-Sanz et al., 2023).

A nivel mundial, la implementación de prácticas de enfermería sustentadas por la evidencia ha demostrado ser un elemento clave para optimizar los resultados clínicos en las unidades de cuidados críticos (UCC). Sin embargo, diferentes trabajos indican que todavía existe una importante brecha entre la evidencia científica disponible hasta la fecha y la que se aplica realmente en la práctica asistencial. Tal como indican los metaanálisis últimos, menos del 50% de las intervenciones de enfermería crítica se apoyan en evidencia científica considerada de alto nivel (Melnik et al., 2023; Johnson et al., 2024).

En Ecuador, el sistema de salud pública presenta una problemática bastante importante para incorporar evidencia científica en la práctica asistencial, especialmente en las UCI, donde la toma de decisiones tiene que ser precisa y rápida; incluso de manera local ya se han encontrado estudios donde el 60% de las intervenciones en cuidados

críticos son realizadas sin protocolos científicos basados en la evidencia (Ministerio de Salud Pública, 2023; Fernández-López et al., 2024).

Además, estudios recientes apuntan que la sobrecarga de trabajo y la escasa participación de estas enfermeras en procesos de investigación son aspectos que entorpecen el cambio hacia una práctica más guiada por la evidencia científica (Vera-Cisneros et al., 2022). En este contexto, surge la necesidad de desarrollar investigaciones que exploren las barreras específicas en el entorno ecuatoriano y propongan estrategias viables para promover la enfermería basada en evidencia como herramienta fundamental para mejorar los resultados clínicos en unidades de alta complejidad.

1.2. Delimitación del Problema

El presente trabajo de investigación es una revisión bibliográfica sistemática que busca sintetizar evidencia científica existente sobre la aplicación de la EBE como estrategia para mejorar los resultados clínicos en pacientes adultos en estado crítico ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

1.3. Formulación del Problema

¿Cuál es la efectividad de las intervenciones de enfermería basadas en evidencia para mejorar los resultados clínicos en pacientes adultos en estado crítico en unidades de cuidados intensivos?

1.4. Preguntas de Investigación

¿Cuál es la situación actual que presenta la Enfermería Basada en Evidencia para su implementación en la atención a pacientes en estado crítico?

¿De qué manera las competencias en enfermería basada en evidencia de los enfermeros de cuidados intensivos se asocian con la mejora de resultados clínicos sensibles a intervenciones basadas en evidencia en pacientes críticos?

¿Cuáles son las principales barreras y facilitadores para la implementación de la enfermería basada en evidencia en las unidades de cuidados críticos?

1.5. Objetivos

1.5.1 Objetivo General:

Describir la eficacia de la enfermería fundamentada en evidencias como una táctica para

mejorar los resultados clínicos en pacientes adultos en situación crítica.

1.5.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las acciones de enfermería fundamentadas en evidencia que se llevan a cabo en las secciones de cuidados intensivos.
- Reconocer la conexión entre la aplicación de las directrices de enfermería sustentadas en evidencia y los resultados clínicos en pacientes adultos en estado crítico.
- Determinar las barreras y facilitadores vinculados a la práctica de enfermería basada en evidencia en el escenario de los cuidados críticos.

1.6. Justificación

La práctica usual de la Enfermería con pruebas sólidas (EBE) en la atención de enfermos graves se ha vuelto clave para subir el nivel, la firmeza y el buen uso en sitios clínicos difíciles, sobre todo en las áreas de cuidados intensivos (UCI). Muchos estudios dicen que usar acciones de cuidado basadas en datos reales ayuda mucho a bajar los incidentes malos, los problemas unidos a la atención en hospitales y a mejorar el uso bueno en el manejo clínico (Melnik et al., 2023; SEEI, 2023).

Pero, aún hay grandes diferencias en cómo se pone en marcha la EBE en todo el mundo. En sitios avanzados hay acceso fácil a sitios de libros digitales, bases de datos científicas y medios técnicos que hacen más fácil estar al día, en lugares como América Latina o África, cosas como la falta de buenos medios técnicos, problemas en la formación continua y poca opción de ver libros al día son grandes problemas para usar reglas basadas en datos reales (Rojas-Bermúdez et al., 2025).

Esto se logra principalmente al disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales, reducir la estancia promedio de los pacientes en unidades de cuidados intensivos y optimizar el cumplimiento de protocolos clínicos basados en buenas prácticas sanitarias (OECD, 2025).

Si hablamos de cómo lo ven los pacientes, la EBE también ayuda a que se sientan mejor, lo que hace que sea importante no solo por lo técnico, sino también por lo humano y social (OPS, 2024). Por otro lado, el desarrollo e implementación de modelos innovadores —como plataformas digitales de alertas clínicas o unidades especializadas en la implementación de la evidencia dentro de los hospitales— han mostrado resultados exitosos que podrían ser replicados en otros contextos, especialmente aquellos en vías de desarrollo donde aún prevalecen prácticas tradicionales poco fundamentadas (Castro-

López et al., 2024).

Esta revisión completa mostrará cómo la forma de trabajar basada Evidencias afecta a los enfermos graves en la UCI, sumando información a lo que ya se sabe y mostrando qué falta por estudiar. También, ayudará a entender mejor cómo llevar lo que se aprende de la ciencia al trabajo diario en los hospitales.

Este estudio persigue una finalidad concreta: dar a conocer información actualizada y relevante que pueda ser utilizada por enfermeros, médicos, docentes e integrantes del equipo multidisciplinario de salud, de tal manera que sirvan de apoyo a las decisiones clínicas, optimicen los procedimientos asistenciales y contribuyan a la mejora continua en la atención a los pacientes críticos. Igualmente, los resultados obtenidos pueden ser de utilidad a las autoridades hospitalarias y responsables de la gestión sanitaria en orden a elaborar estrategias más eficientes en el uso de recursos, promover la seguridad del paciente y disminuir costes asociados a errores o complicaciones evitables.

Desde una visión social, el estudio representa un paso importante hacia la equidad en la atención sanitaria, ya que busca identificar estrategias transferibles a contextos con menor acceso a recursos. Esto beneficiará tanto a pacientes críticos y sus familias —al recibir cuidados más seguros y eficaces— como a los sistemas de salud en su conjunto, impulsando una atención más humana, justa y centrada en las necesidades reales de la población.

Esta exploración podría ser clave para estudios venideros y normas oficiales de enfermería, sobre todo donde la atención es más delicada. Lo importante es que mezcla datos científicos con lo que se vive en hospitales y en la sociedad, dando ideas útiles y adaptadas que suban la calidad del cuidado y los logros en la salud. Por eso, es muy oportuno para una tesis, ya que atiende a algo que se necesita ahora mismo en el mundo de la enfermería de hoy en día, tanto en la práctica como en el estudio.

1.7. Declaración de Variables

La finalidad de la presente investigación radica en analizar la relación existente entre la utilización de prácticas clínicas basadas en Evidencia Basada en Evidencias (EBE) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y la evolución clínica de los pacientes críticos. A base de esta formulación se han determinado unas determinadas variables que servirán para evaluar el impacto de éstas sobre las prácticas y sobre los resultados asistenciales.

1.7.1. Variable Independiente: Aplicación de la Enfermería Basada en Evidencia (EBE)

Para lograr esto, se marcaron estos puntos:

Habla del uso ordenado de datos científicos nuevos, junto con el saber del médico y los gustos del doliente, para dirigir las elecciones en el quehacer de la enfermera. Se calcula por medio de:

- ☐ Aceptación de caminos fijos creados desde reglas de trabajo clínico.
- ☐ Empleo de utensilios que resumen datos (como listas ordenadas o consejos de entes globales).
- ☐ Entrar en planes de estudio constante en EBE.

Unión de partes de uso o medios digitales que ayudan a tomar los datos.

1.7.2. Variable Dependiente: Resultados Clínicos en Pacientes Críticos

Se entiende como el grupo de datos exactos que valoran qué tan bien funciona el cuidado de doctores y enfermeras en cómo mejora la salud del paciente más delicado. Esto abarca:

- ✓ Cantidad de muertes dentro del hospital.
- ✓ Qué tan seguido hay contagios tomados en el hospital.
- ✓ Cuánto tiempo se permanece en las áreas de cuidado intensivo (UCI).
- ✓ Cuántas veces surgen problemas luego de una operación o cosas malas relacionadas con la atención.
- ✓ Satisfacción del paciente y percepción de seguridad en la atención recibida.

1.7.3. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos de medición	Escalas de evaluación
Variable Independiente: Implementación de la EBE	Conocimiento y competencia profesional	- Dominio conceptual sobre EBE. - Habilidades metodológicas para búsqueda, análisis y aplicación de evidencia científica. - Disposición	- Cuestionarios validados - Guías estructuradas de observación. - Instrumentos de autoinforme.	- Escalas Likert (1-5). - Análisis Descriptivo

		actitudinal hacia la EBE.		
	Aplicación práctica de la EBE	- Frecuencia y consistencia en el uso de guías clínicas y protocolos actualizados. - Integración de <i>bundles</i> clínicos (ej., manejo de sepsis, ventilación segura). - Uso de herramientas de soporte a la decisión clínica.	- Listas de verificación (checklists). - Auditorías internas. - Revisión de registros clínicos. - Cuestionarios de autoevaluación.	- Porcentajes de cumplimiento. - Frecuencia de uso. - Escalas Likert (1-5).
	Barreras y facilitadores organizacionales	- Presencia de obstáculos estructurales o culturales (tiempo, acceso a recursos, liderazgo clínico, cultura institucional). - Existencia de elementos facilitadores (formación continua, apoyo directivo, tecnologías).	- Cuestionarios estructurados. - Entrevistas semiestructuradas o grupos focales. - Encuestas sobre clima organizacional.	- Escalas Likert (1-5). - Análisis cualitativo.
Variable Dependiente: Resultados clínicos en pacientes críticos	Mortalidad	- Tasa de mortalidad en UCI.	- Bases de datos oficiales de defunciones.	- Porcentaje de mortalidad.
	Morbilidad asociada	- Incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud. - Prevalencia de úlceras por presión. - Aparición de delirio u otros eventos adversos.	- Notas clínicas y diagnósticos médicos. - Bases de datos de control de infecciones. - Escalas clínicas (ej., Braden, CAM-ICU).	- Incidencia y prevalencia (%). - Puntuaciones clínicas específicas. - Frecuencia de eventos.
	Duración de la estancia hospitalaria en UCI	- Días promedio de estancia en unidades críticas. - Variabilidad según tipo de intervención basada en evidencia.	- Registros de ingreso y egreso hospitalario. - Sistemas administrativos de salud.	- Número total de días de estancia.
	Eficiencia en la toma de decisiones	- Tiempo de respuesta ante deterioro clínico. - Precisión diagnóstica	- Auditorías de procesos de atención. - Registros clínicos	- Tiempo de reacción. - Porcentaje de aciertos diagnósticos.

	clínicas	frente a signos de alarma.	continuos. - Observación directa estructurada.	- Escalas de desempeño profesional.
--	----------	-------------------------------	--	---

CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes Referenciales

La Enfermería Basada en Evidencia ha evolucionado a lo largo del tiempo y ha enriquecido la práctica de la enfermería al incorporar una dimensión científica y metodológica en la toma de decisiones clínicas. Su continuo desarrollo ha estado vinculado al progreso de la enfermería como disciplina y al progreso del paradigma de la medicina basada en evidencias.

Los primeros vestigios de la EBE se encuentran en el siglo XIX en los estudios de Florence Nightingale, durante la Guerra de Crimea (1853-1856), Nightingale empleó información y datos estadísticos para evidenciar el vínculo entre la higiene y la disminución de la mortalidad hospitalaria, fundamentando las bases para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería (Dossey, 2021).

En el transcurso del siglo XX, la enfermería continuó su progresivo desarrollo como disciplina académica y científica, a mediados de la década del 70 Archie Cochrane destacó la trascendencia de la evidencia en la medicina, concepto que luego fue introducido a la enfermería (Cochinero, 2022), ya para la década de 1990, la investigación en enfermería se concentró en la confirmación empírica de las intervenciones clínicas, consolidándose de esta manera la EBE en la enfermería como disciplina.

Estudios de Sackett et al. (1996) conceptualizan la Medicina Basada en Evidencias como el uso consciente, explícito y sensato de la mejor evidencia de que se dispone en la adopción de decisiones en el cuidado al paciente crítico (Trentk et al., 2021) dicho enunciado fue adecuado a la disciplina de la enfermería, promoviendo el empleo de historias clínicas y guías de práctica y la combinación de la investigación en la atención al paciente crítico.

El surgimiento de organizaciones como la Cochrane Collaboration y el Joanna Briggs Institute han jugado un rol esencial en la expansión de la EBE, estas instituciones han permitido la recolección y divulgación de revisiones sistemáticas que dan respuestas a la práctica enfermera basada en evidencia (Martínez, 2021)

Actualmente, la EBE es un modelo fundamental en la educación y práctica de la enfermería. Se busca su inclusión en los planes de estudio y su respaldo en iniciativas sanitarias orientadas a optimizar la seguridad y calidad en la atención del paciente crítico. La EBE ha sido un proceso de desarrollo que aparece como efecto de los avances científicos y la necesidad de mejorar la atención, y desde los aportes de Nightingale a las

instituciones en la actualidad, se ha intentado poner en marcha la investigación en enfermería. A pesar de esos retos, la EBE ha potenciado, sin duda, su importancia durante la toma de decisiones clínicas, siendo indispensable para garantizar una atención efectiva y de calidad, basada en el mejor conocimiento disponible. La EBE como forma de implementar la atención de enfermería es un aspecto clave para mejorar la atención y los resultados clínicos de los pacientes en estado crítico.

La revisión de estudios previos vinculados con la temática objeto de estudio tanto a nivel nacional e internacional, permiten destacar semejanzas y diferencias con el presente estudio, de lo que emergen ciertas lagunas de conocimiento que se buscan abordar.

A nivel internacional se destaca un estudio realizado titulado: Enfermería basada en la evidencia: un desafío pendiente, desarrollado por docentes de la Universidad Católica de Chile, de los autores Rivera, Ceballos & Sáez (2023) donde muestran como principales resultados que existen barreras en el empleo de la EBE, entre los que se destacan la falta de conocimiento, lo que limita la toma de decisiones bajo un pensamiento crítico, a lo que se une la falta de tiempo, y poco apoyo logístico, frenando a la vez la participación de los actores principales en la adopción de decisiones.

Se consultó además la investigación denominada: “Práctica interdisciplinaria basada en evidencia: pasando de los compartimentos estancos a la sinergia”, la que fue desarrollada por los docentes del departamento de Sistemas Organizacionales y Salud del Adulto, facultad de enfermería de la Universidad de Maryland, Baltimore, Estados Unidos, Newhouse & Spring (2021) y donde destacan la situación actual de la preparación académica y clínica en base a EBE, también hacen referencia a la estrategias diseñadas para potenciar la EBE a través de varias disciplinas, señalan además la necesidad de migrar de lo disciplinar a lo interdisciplinario en la formación de profesionales de la salud, cambios y transformaciones, que a criterio de los autores, deben ser aprovechados para el mejoramiento óptimo y la atención al paciente crítico.

Otra investigación revisada es desarrollada por docentes de enfermería de la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, donde señalan que desde la teoría surgen los bases científicos para desarrollar la práctica profesional y que dicha práctica debe ser comprobadas y aprobadas, de lo que emerge la definición EBE, que en los momentos actuales evoluciona como una herramienta significativa para la toma decisiones. (Hernández, Díaz & Cueto, 2022)

En el ámbito nacional, se analiza el trabajo desarrollado por la Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador (Donoso, Gómez & Rodríguez, 2020). Los autores

señalan que la administración e implementación de los procedimientos de enfermería deben fundamentarse en evidencias científicas, destacando la necesidad de que los profesionales de enfermería investiguen sobre los fundamentos de su quehacer. Los resultados de esta investigación revelan la significación de la formación de los futuros profesionales de enfermería con experticia en EBE para brindar un cuidado óptimo al paciente. Este antecedente refuerza la relevancia de la capacitación en EBE en el contexto ecuatoriano, aspecto que nuestra investigación considera una variable clave para la optimización de resultados.

Otro estudio consultado fue el denominado “Investigación en enfermería, innovaciones tecnológicas y su importancia en la transversalidad curricular”, desarrollado por docentes de la Universidad Técnica de Ambato, en la que Fernández & Arráiz (2021) destacan que los logros más significativos en la puesta en práctica de EBE son la optimización en la atención al paciente, el desarrollo de un pensamiento crítico, el desarrollo profesional, la formación investigativa y el acercamiento hacia la elaboración de revisiones sistemáticas, ya que la formación no solo va a lograr la implementación de iniciativas que favorezcan la EBE, sino que debe ser una responsabilidad organizacional que con el soporte administrativo favorezca su puesta en práctica

Finalmente un trabajo realizado por investigadores Ecuatorianos titulado “Enfermería Basada en Evidencia (EBE) y el proceso enfermero”, en la que Zambrano, et al (2022) destacan que el empleo de técnicas y herramientas investigativas se evidencian cuando la EBE es fundamentada en la práctica clínica, de lo que emerge la necesidad de revisar profundamente dicho tema para ver cómo evoluciona, también señalan que la EBE es un proceso complicado, que tiene como principales limitaciones la formación del profesional de enfermería y su preparación metodológica, ambos elementos son esenciales para que dichos profesionales apliquen los protocolos y procedimientos de la enfermería, los que definen el periodo en que un profesional de la enfermería establece un proceso investigativo para la resolución de problemas en el área en que se desempeña, sin que esto represente una contradicción con las investigaciones científicas que realiza el personal médico.

Las investigaciones analizadas, como este estudio, muestran un gran interés por usar la EBE con pacientes en la UCI y buscan entender qué tan importante es estar preparado en este campo. Pero, cada uno lo hace de manera diferente, con ideas y lugares distintos. Algunos trabajos hablan de lo difícil que es aplicar la EBE, mientras que otros sugieren formas específicas de ponerla en práctica en las UCI. La presente investigación se

diferencia al concentrarse en la evaluación de la incidencia directa de la aplicación de la EBE en los resultados clínicos de los pacientes críticos y tomando en consideración variables dependientes e independientes.

Pese a las experiencias acumuladas y a los diferentes estudios empíricos que abordan la trascendencia y significado de la EBE, aún se mantienen vacíos en cuanto a la evaluación de su incidencia en los resultados clínicos de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos, también se requiere de una mayor comprensión de aquellas iniciativas que resultan más eficaces para superar las limitaciones que impone la aplicación de a EBE en diferentes escenarios clínicos.

Esta investigación intenta abordar esos vacíos al aportar evidencias empíricas en cuanto a las bondades de la EBE en la atención de los pacientes en estado crítico al identificar buenas prácticas para su puesta aplicación, lo que contribuye al desarrollo del conocimiento en esta área del conocimiento y perfeccionando la calidad de la atención a pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.

2.1. Marco conceptual

En los diversos escenarios en que se aplica la enfermería, la implementación de buenas prácticas apoyadas en evidencia es importante para asegurar una atención óptima, de manera especial de aquellos pacientes que ingresan a la UCI. Por ello, este segmento abordará aquellos conceptos más significativos que se articulan con la presente investigación y se definirán las variables principales del estudio.

Enfermería Basada en la Evidencia (EBE):

Este enfoque integra la experiencia clínica del profesional de enfermería, la mejor evidencia disponible y las preferencias del paciente, con el objetivo de mejorar los desenlaces en el contexto de los cuidados intensivos. (Alcolea, Oter & Marín, 2021).

La Medicina basada en la Evidencia (MBE)

Se entiende como un camino donde se escogen las ideas relevantes de la ciencia para solucionar problemas del trabajo diario. (UNIR, 2021)

Implementación de la EBE:

Representa la combinación de la principal evidencia científica en la experticia de la clínica de día a día, lo que genera en los profesionales de la salud interrogantes clínicas significativas, indaguen y valoren de manera crítica la evidencia de la que se dispone y empleen los resultados en la atención al paciente (Sánchez, Rodríguez & Vayas, 2021), la óptima implementación de la EBE permite mejorar la calidad de vida y los resultados clínicos en pacientes en UCI.

Resultados Clínicos en Pacientes Críticos:

Hace referencia a las derivaciones de las mediaciones médicas y de enfermería respecto a este tipo de pacientes, estos resultados incluyen tasas de mortalidad, impacto de dificultades asociadas a la atención, periodo de la estancia hospitalaria y eficacia en la atención al paciente. (Hernández, et al, 2024) estos indicadores y su evaluación es esencial para definir su adopción que se ve limitada por obstáculos organizacionales, lo que disminuye su impacto en indicadores clave como la tasa de sepsis nosocomial, el éxito en el destete ventilatorio o la estabilidad hemodinámica.

Nivel de evidencia:

Calcificación que indica calidad y fuerza de la evidencia científica disponible (Galvao, 2021) en la presente investigación se emplea para determinar el valor y eficiencia de la evidencia con que se cuenta

Guías prácticas clínicas:

Son sugerencias apoyadas en las evidencias elaboradas para facilitar en los profesionales de la salud para la adopción de decisiones clínicas (MSP, 2024) en el presente servirá de apoyo para tomar decisiones fundamentadas en el método clínico

Evaluación crítica de la evidencia:

Luego de seleccionar y dar lectura a un de un trabajo con el que se persigue responder a la pregunta clínica planteada, se debe plantear el nivel de validez de los resultados alcanzados (Greenhalgh, 2024)

Pacientes críticos:

Pacientes que están en peligro de muerte real o posible; o si un órgano importante les deja de funcionar. (Vera, 2022)

2.1. Marco teórico

Dada la relevancia que asume la EBE en el cuidado del paciente crítico, el presente marco teórico aborda las teorías más representativas que respaldan la EBE, donde además hicieron énfasis en los aportes de autores importantes tanto a nivel nacional como internacional y coloca a la presente investigación en una posición crítica dentro de este escenario.

2.1.1. Teorías Fundamentales en Enfermería Basada en la Evidencia

La EBE se apoya en modelos de conocimiento preexistentes para establecer diversas perspectivas (Muñoz, 2021) por lo que para desarrollar cada uno de los cuatro conocimientos se necesita de un prototipo y diseño determinado de investigación que, al

mismo tiempo cree diferentes tipos de evidencia científica. Además, el investigador afirma que la lógica une la teoría, el estudio y las pruebas. Cada forma de saber es como una teoría, y los planes de estudio que muestran pruebas de cada teoría dan datos variados para la enfermería que usa pruebas. Estas teorías actúan como marcos interpretativos que permiten comprender y analizar los diferentes tipos de evidencia clave, facilitando una atención integral desde el enfoque de la Enfermería Basada en la Evidencia (Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. 2019)

Medicina Basada en la Evidencia (MBE)

Implementada a inicios de la década de los 90 por David Sackett y conceptualizada como el empleo consecuente, evidente y sensato de la mejor evidencia de la que se dispone para adoptar decisiones sobre los pacientes en cuidado intensivo (Sackett et al., 2022).

Esta teoría plantea una guía para la toma de decisiones médicas, fundamentada en tres ejes principales: La mejor evidencia científica disponible, la experticia con que cuenta el profesional de la salud, los gustos, particularidades y valores del paciente crítico.

Este modelo fue llevado a la enfermería como área del conocimiento para agregar juicio de valor en los procedimientos de enfermería, y la seguridad del paciente como elementos esenciales en el momento de adoptar decisiones (Raile, 2023)

Teoría del Aprendizaje Social de Bandura

La aplicación de la EBE en enfermería demanda de una transformación en la cultura organizacional y en la manera en que el personal de enfermería se apropia y pone en prácticas los conocimientos adquiridos. Esta teoría fue propuesta por Bandura (1986), quien propone que los individuos aprendan nuevas competencias y conductas a través de técnicas como la observación, la reproducción y la práctica.

Su aplicación en el escenario de la EBE expone cómo los profesionales de enfermería pueden asumir nuevas experiencias basadas en la evidencia mediante la observación de otros colegas más preparados, la preparación y formación permanente y la participación en diferentes programas como mentor.

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

La EBE se articula con este modelo ya que destaca el grado de intervención de enfermería basadas en evidencia para promocionar la salud y desarrollar actividades de prevención de enfermedades, en lugar de concentrarse solo en el tratamiento de la enfermedad (Gonzalo, 2024) Su aplicación en la EBE permite al personal de enfermería elaborar intervenciones establecidas en evidencia científica que permitan la detección

temprana de complicaciones en pacientes hospitalizados en UCI.

Modelo de Adaptación de Callista Roy

Modelo elaborado por Roy (1976), apunta a que los individuos deben dar respuestas a través de estímulos y de mecanismos de resistencia, lo que puede ser funcional, psíquico o social.

En la EBE, este modelo se pone en práctica para elaborar intervenciones de enfermería que permitan a los pacientes en estado crítico acomodarse a su medio, empleando evidencia científica para elegir las mejores iniciativas de cuidado en correspondencia de las demandas particulares del paciente.

Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson

Teoría desarrollada el año 1979 por Jean Watson, donde se pone de manifiesto la relevancia integradora de la atención al paciente crítico y la relación enfermero-paciente como el aspecto primordial de la experticia de la enfermería.

Desde la EBE, establece que la puesta en escena de las intervenciones basadas en evidencia no debe olvidarse de la visión humanista de la atención, encontrando un valor intermedio entre la aproximación científica y la empatía de la enfermería (Watson, 2022).

Principales Representantes de la Enfermería Basada en Evidencia

Callista Roy: Creadora del Modelo de Adaptación, el cual se implementa en la EBE para desarrollar intervenciones especializadas.

Jean Watson: Famosa por su Teoría del Cuidado Humanizado, articulada a la EBE con una perspectiva humanista en los profesionales de la enfermería.

2.1.2. Posicionamiento crítico del estudio en el contexto del presente marco teórico

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) se ha consolidado como una herramienta fundamental para optimizar la atención de pacientes en estado crítico, transformando la práctica clínica de la enfermería. El contexto histórico manifiesta una progresión desde los primeros descubrimientos de Florence Nightingale hasta la consagración de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) adaptada a la enfermería, haciendo hincapié en la capacidad de la evidencia para influir en la toma de decisiones. A partir de datos específicos, los análisis globales y locales han igualmente percibido elementos facilitadores y bloqueantes para la implementación de la PCE, así como su efecto positivo en los factores de: estancia en el hospital, también la calidad del trato.

Las ideas centrales, como la MCP, el Esquema de Aprendizaje Social de Bandura, el Esquema de Fomento de la Salud de Pender, el Esquema de Ajuste de Roy y la Idea del Cuidado Cálido de Watson, dan un gran apoyo teórico a la PCE, al orientar el uso de

las pruebas, el desarrollo de habilidades, el fomento de la salud, el ajuste del paciente y la visión humana del cuidado. Estas ideas, junto con las ideas de personas clave como David Sackett, Bernadette Melnyk, Ellen Fineout-Overholt y Alonso-Coello.

Pero, pese a las muchas pruebas que muestran la importancia de la PCE, sigue habiendo una falta de unión entre lo que se sabe en teoría y su uso real, sobre todo con enfermos graves. Problemas como mucho trabajo, poca enseñanza de métodos y pocos medios en los centros aún son retos grandes para usar bien la PCE en zonas de cuidados intensivos en Ecuador.

2.1.3. Importancia y Trascendencia de la Enfermería Basada en Evidencia en las Circunstancias Actuales

A nivel internacional la EBE se erige como un paradigma importante para optimizar la atención al paciente crítico y la atención en todos los servicios de salud donde está inmerso el personal de enfermería, en escenarios hospitalarios críticos, la implementación de la EBE ha evidenciado que es posible disminuir la mortalidad, reducir el índice hombres-cama, los periodos los tiempos de hospitalización y contribuye a la prevención inconvenientes vinculados a la atención en enfermería (García, et al, 2024), en los países desarrollados, la implementación de la EBE en la actividad de enfermería está sustentada en la políticas de salud que promueven la formación capacitación continua y el acceso a diferente fuente de información totalmente actualizadas.

En el contexto ecuatoriano, la puesta en práctica de la EBE afronta retos vinculados a la ausencia de infraestructura, recursos humanos, materiales y financieros deficitarios y grande laguna en la formación de los profesionales de enfermería, sin embargo, estudios recientes han demostrado que la capacitación en EBE optimiza de manera significativa la experticia clínica y los resultados de los pacientes críticos hospitalizados en cuidados intensivos (González et al., 2020)

2.1.4 La telemedicina en el contexto de la enfermería basada en evidencias

La combinación de la telemedicina con los procedimientos de enfermería, en los momentos asume total relevancia en las últimas décadas, de manera específica en el entorno de la enfermería basada en evidencia, esta perspectiva busca mejorar la atención al paciente crítico a través del empleo de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), permitiendo el paso a intervenciones importantes en la mejor evidencia de la que se disponible.

La telemedicina es una herramienta que busca innovar y hacer más práctica la

atención médica, permitiendo la atención a distancia a los pacientes a través de plataformas digitales, videoconferencias y seguimiento en tiempo real, en el contexto de la enfermería, su implementación se ha aplicado y se ha expandido en las diferentes áreas, entre ellas el monitoreo a pacientes en estado crítico, la educación sanitaria y el intercambio multidisciplinar de la atención al paciente

La EBE conocido por ser una perspectiva que desde el punto de vista metodológico busca que combine integra la mejor evidencia con la que se cuenta, la experiencia clínica y los gustos y preferencias del paciente para asegurar la prestación de los servicios de enfermería, en este sentido la telemedicina permite acceder a diferentes bases de datos, historias clínicas, estadísticas, guías clínicas y revisiones sistemáticas, facilitando que el personal de enfermería sustente sus intervenciones en datos e información actualizada y respaldada con un elevado rigor científico.

Una investigación desarrollada por un equipo de investigadores de la universidad de Texas en Estados Unidos destaca que la aplicación de la telemedicina en los procedimientos de enfermería y de manera particular en la EBE evidencian que se le presta una mejor atención al paciente, disminución de la estancia hospitalaria, reduce el nivel de complicaciones en las UCI, señalan que la articulación de ambas iniciativas le dan mayor fortaleza a la eficiencia del servicio que se presta y ayuda a un desempeño más eficaz y orientado al paciente. (Kruse et al, 2020)

La articulación de la telemedicina en la EBE muestra diferentes retos, entre los que se destacan la brecha digital, la resistencia al cambio por parte de los profesionales de la enfermería y la inseguridad con la seguridad de la información necesaria para trabajar (Gajarawala & Pelkowski, 2021), también es importante que se asegure que la atención remota se cumpla basada en los principios más elementales y éticos, respetando la independencia del paciente y asegurando la confiabilidad de la información.

Los elementos aquí analizados dan cuenta de que la telemedicina cuando es bien empleada constituye una valiosa herramienta para los procedimientos de la enfermería y de manera particular en la EBE, lo que se ve evidenciado en una óptima atención, sin embargo es necesario superar barreras tecnológicas, morales y éticas que aún están presentes, a lo que se suma la necesidad de la formación continua del personal de enfermería en el uso del internet, Inteligencia Artificial (IA) y tecnología específica dentro del IoT (como sensores inteligentes, dispositivos wearables, sistemas de alerta automatizados, etc.) va a permitir que en el futuro no lejano se logre integrar nuevas tecnologías en beneficio de la mejora continua del paciente en estado crítico que den

respuestas a las políticas de salud implementadas por los gobiernos, para lograr un mejor impacto en la práctica de la enfermería basada en evidencia.

2.1.5. La Enfermería Basada en Evidencias en la formación del nuevo profesional de la Enfermería

La EBE resulta importante en el aseguramiento de la calidad formativa del nuevo profesional de enfermería, y en la mejora continua en los servicios de salud, ya que la enseñanza de la enfermería ha venido evolucionando de manera significativa, transitando de una formación basada en la práctica empírica a un modelo sustentado en la evidencia científica, el dominio de la EBE le permite a los futuros profesionales desarrollar competencias, habilidades, desarrollar un pensamiento crítico y el uso de analítica, promoviendo una atención basada en la mejor evidencia de la que se disponible, al integrar la EBE en los programas de estudio se asegura que los alumnos se apropien de conocimientos significativos para la investigación, la evaluación de guías clínicas y la implementación de intervenciones positivas.

La incorporación de la EBE en los programas de formación académica aporta diferentes beneficios al personal de enfermería, entre ellos se encuentran:

- Mejora en la calidad de la atención: La implementación de prácticas basadas en evidencia disminuye la ocurrencia de errores clínicos y mejora la seguridad del paciente (Polit & Beck, 2021).
- Desarrollo de pensamiento crítico: Los estudiantes se apropian de competencias para el análisis investigativo, a la evaluación de guías e historias clínicas y la toma de decisiones.
- Adaptabilidad a los cambios en la práctica clínica: La formación basada en evidencia favorece a estudiantes de enfermería permite a los nuevos profesionales ajustarse a las nuevas tendencias de la tecnología científico técnico en el área de la salud (Espín et al, 2023)

Pese a sus bondades, la incorporación de la EBE en la formación académica afronta diversos retos, tales como:

- Resistencia al cambio: Muchos docentes siguen empleando patrones tradicionales de enseñanza, enseñando a través de su experiencia personal.
- Acceso limitado a recursos: La limitada disponibilidad de literatura actualizada y el poco acceso a herramientas tecnológicas para la investigación puede constituir un freno en la enseñanza en ciertas instituciones (Aspiazu, et al, 2024)

- Falta de preparación en metodología de investigación: Resulta esencial potenciar las habilidades en la búsqueda y análisis de evidencia entre los alumnos de enfermería.

La EBE es una herramienta fundamental en la formación del nuevo profesional de enfermería, asegurando una atención sustentada en el conocimiento científico y el empleo de buenas prácticas clínicas, pese a los retos en la aplicación de la EBE en la formación de personal de enfermería resulta importante formar profesionales con habilidades y comprometidos con perfeccionamiento permanente de la atención al paciente, por lo que resulta necesario desarrollar iniciativas que fomenten el acceso a la información, la superación y el desarrollo de una cultura general integral basada en evidencias.

2.1.6. Etapas de la Enfermería Basada en Evidencias

La EBE da respuestas a las inquietudes que plantea la atención a los pacientes en estado crítico, mediante cinco etapas que facilitan corroborar la evidencia:

- Formulación del problema

Identificación de una pregunta clínica relevante y específica que necesita ser respondida con evidencia. Esta pregunta debe ser clara, concisa y enfocada en el paciente, la intervención, la comparación y el resultado (formato PICO).

- Búsqueda de bibliografía

Realizar una pesquisa meticulosa y completa en bases de datos académicas con el fin de hallar la más sólida evidencia que aborde la interrogante formulada.

- Valoración crítica de la información

Examinar de manera cuidadosa la calidad, validez, relevancia y aplicabilidad de la información recopilada.

- Puesta en práctica de los hallazgos científicos

Situar en la práctica acciones de cuidado basadas en la evidencia elegida, considerando los riesgos y ventajas potenciales, así como las preferencias y valores del paciente. Es crucial anticipar y gestionar las posibles barreras que puedan surgir durante esta fase.

- Evaluación de los cambios implementados

Análisis de las consecuencias y resultados de las nuevas prácticas. Se deben determinar los beneficios, perjuicios y costos asociados. Si los resultados son positivos, la práctica clínica se debe modificar permanentemente.

Concluido la última etapa, se considera la calidad en la atención al paciente en estado crítico (Fig.1)

Figura 1

Ciclo de la Enfermería Basada en Evidencias



Fuente: Elaboración propia del autor, 2025

La aplicación adecuada del ciclo de la EBE favorece el progreso de la investigación, al transformar interrogantes planteadas en la parte asistencias en problemas de investigación, como también desarrolla la capacidad lectora de manera crítica.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

El método usado se basa en las reglas globales, según las normas PRISMA (guía clave para reportar revisiones sistemáticas y metaanálisis) y los consejos del Manual Cochrane para efectos de revisiones en salud, lo que cuida la fineza y claridad en el camino del estudio.

3.1. Tipo y diseño de investigación

La revisión que se presenta en este trabajo representa el típico formato de una síntesis narrativa que sigue el esquema establecido por las revisiones sistemáticas de la literatura. Este tipo de revisiones se caracterizan por la búsqueda extensa, por la evaluación crítica y por la síntesis rigurosa de la evidencia científica en torno a una pregunta de investigación de forma explícita. El formato de una revisión de tipo descriptivo-analítico permite ordenar, interpretar y comunicar los resultados de un modo sistemático y, por lo tanto, se aporta conocimiento actualizado sobre el tema que se abordará.

Justificación del diseño metodológico:

Lo que se estudia son los efectos de la práctica EBE en el cambio de los distintos resultados clínicos en las personas, y estas preguntas piden juntar las pruebas de muchos estudios iniciales para sacar ideas fuertes y aplicables a todos. Disponibilidad de la evidencia primaria: existe la suficiente base de estudios originales que evaluaron diversos aspectos de la aplicación de la EBE en el contexto de los cuidados intensivos para justificar la síntesis generalizada de la literatura disponible.

3.2. La población y la muestra

Aparte de esto, sería también importante tener en cuenta las características de los participantes (pacientes críticos) que conforman los estudios primarios que se han seleccionado.

Pregunta de investigación en formato PICO:

P (Población de pacientes): Nos hemos centrado en pacientes adultos (menores de 18 y mayores de 60). Todos ellos ingresados en unidades de cuidados intensivos o unidades de cuidados críticos y sin poder determinar el desencadenante de su ingreso; lo importante es que son pacientes que han requerido monitorización continua y soporte vital. 1

I (Intervención): Nos centramos en los cuidados de enfermería basados en evidencias que conforman una serie de protocolos o de recomendaciones muy bien documentadas,

en el uso de paquetes de cuidados críticos, en el uso de herramientas que facilitaban la toma de decisiones clínicas, en la formación del personal de enfermería en prácticas apoyadas en evidencias y en la evaluación mediante la práctica habitual.

C (Comparación): Nos hemos centrado en la comparación del enfoque basado en la evidencia con los cuidados de enfermería habituales o estándares. Esto puede significar acciones de enfermería que se basan más en la experiencia personal que en un enfoque sistemático, o situaciones en las que las prácticas basadas en la evidencia no se utilizan formalmente.

O (Resultados): Estamos midiendo resultados de salud específicos para estos pacientes en estado crítico. Esto incluye aspectos como las tasas de mortalidad en la UCI y en el hospital en general, la frecuencia con la que los pacientes contraen infecciones relacionadas con sus cuidados, el tiempo que permanecen en la UCI, las tasas de úlceras por presión, los incidentes de acontecimientos negativos relacionados con los cuidados de enfermería y la eficacia de las decisiones clínicas.

Criterios de inclusión:

Tipo de estudios:

- Ensayos clínicos controlados aleatorizados y no aleatorizados
- Estudios de cohortes prospectivos y retrospectivos
- Estudios de casos y controles
- Estudios cuasiexperimentales
- Estudios observacionales analíticos
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis

Población de interés:

- Estudios que incluyan pacientes adultos (≥ 18 años) hospitalizados en UCI
- Cualquier tipo de UCI (médica, quirúrgica, polivalente, especializada)
- Pacientes con diferentes patologías críticas como sepsis y shock séptico, insuficiencia cardíaca descompensada, crisis hipertensiva, crisis diabética.

Intervención:

- Implementación documentada de prácticas de enfermería basadas en evidencia
- Programas de formación o capacitación en EBE dirigidos a personal de enfermería
- Uso de herramientas tecnológicas de soporte a la decisión clínica basada en evidencia

Resultados de interés:

- Al menos uno de los siguientes resultados clínicos debe ser reportado: mortalidad,

morbilidad asociada, duración de estancia hospitalaria, eficiencia en toma de decisiones clínicas

Características metodológicas:

- Estudios con descripción clara de la intervención de EBE implementada
- Medición objetiva de al menos un resultado clínico de interés
- Seguimiento adecuado de los participantes

Contexto y características adicionales:

- Estudios realizados en cualquier contexto geográfico y cultural
- Publicaciones en idioma español, inglés o portugués
- Período de publicación: enero 2020 - diciembre 2025

Criterios de exclusión:

Tipos de documentos no elegibles:

- Cartas al editor, editoriales, comentarios
- Resúmenes de conferencias o congresos sin texto completo
- Tesis de grado no publicadas en revistas científicas
- Capítulos de libros y monografías

Limitaciones en población:

- Estudios que incluyan exclusivamente pacientes pediátricos (<18 años)
- Estudios realizados en unidades que no correspondan a cuidados críticos (salas generales, consulta externa, urgencias sin ingreso a UCI)

Limitaciones en intervención:

- Estudios que no describen claramente la intervención de EBE implementada
- Intervenciones médicas sin componente específico de enfermería
- Estudios que evalúen únicamente conocimientos, actitudes o percepciones sin medición de resultados clínicos

3.3. Los métodos y las técnicas

Bases de datos consultadas:

La búsqueda bibliográfica se realizó de manera exhaustiva en las siguientes bases de datos electrónicas especializadas: PubMed/MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, LILACS, SciELO y Scopus.

Términos de búsqueda y operadores booleanos:

Se crearon rutas de exploración usando términos MeSH para PubMed, términos DeCS para LILACS, y palabras claves.

Cadena de búsqueda principal:

Búsqueda y términos booleanas:

Se hicieron caminos usando términos MeSH para PubMed, DeCS para LILACS, y unas palabras clave.

Cadena de búsqueda principal:

La búsqueda de libros se hizo como dice la declaración PRISMA (revisiones sistemáticas y metaanálisis). Para este estudio, recurrimos a un montón de sitios web, tales como: PubMed (Medline), Scopus, CINAHL (para enfermería), Web of Science, ScienceDirect, LILACS (salud latina) y SciELO (ciencia en la web).

Para saber qué buscar, nos preguntamos: "¿cómo es el día a día de enfermería en cuidados intensivos y qué tal les va a los pacientes?". Usamos palabras muy específicas y claves, junto con truquitos lógicos (AND / OR).

Estrategia específica por base de datos

1. PubMed (Medline)

Se empleó tesauros MeSH (Medical Subject Headings) para identificar los descriptores relevantes. La estrategia final fue:

("Evidence-Based Nursing"[Mesh] OR "Nursing Methodology Research"[Mesh]) AND ("Critical Care"[Mesh] OR "Intensive Care Units"[Mesh]) AND ("Clinical Decision-Making"[Mesh] OR "Patient Care Planning"[Mesh]) AND ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing Evaluation Research"[Mesh])

2. Scopus

Se realizaron búsquedas combinadas usando términos libres y descriptores según el sistema propio de la plataforma:

TITLE-ABS-KEY (("evidence-based nursing" OR "nursing practice") AND ("critical care" OR "intensive care") AND ("clinical decision making" OR "patient outcomes"))

3. CINAHL (EBSCOhost)

Se utilizó el thesaurus CINAHL Headings, combinado con palabras clave:

(CINAHL Heading: "Evidence-Based Practice") AND (CINAHL Heading: "Critical Care") OR (CINAHL Heading: "Nursing Care") AND ("ICU" OR "intensive care unit") AND ("clinical outcomes" OR "patient evolution")

4. Web of Science

Se aplicó una estrategia basada en términos libres y operadores booleanos:

TS= ("evidence-based nursing" AND "critical care" AND ("clinical outcomes" OR

"decision making"))

5. LILACS

Dado su enfoque regional, se priorizaron términos en español e inglés:

("Enfermería basada en evidencia" OR "Atención crítica") AND ("Toma de decisiones clínicas" OR "Unidad de cuidados intensivos") AND ("Desenlaces del paciente" OR "Calidad de atención")

6. SciELO

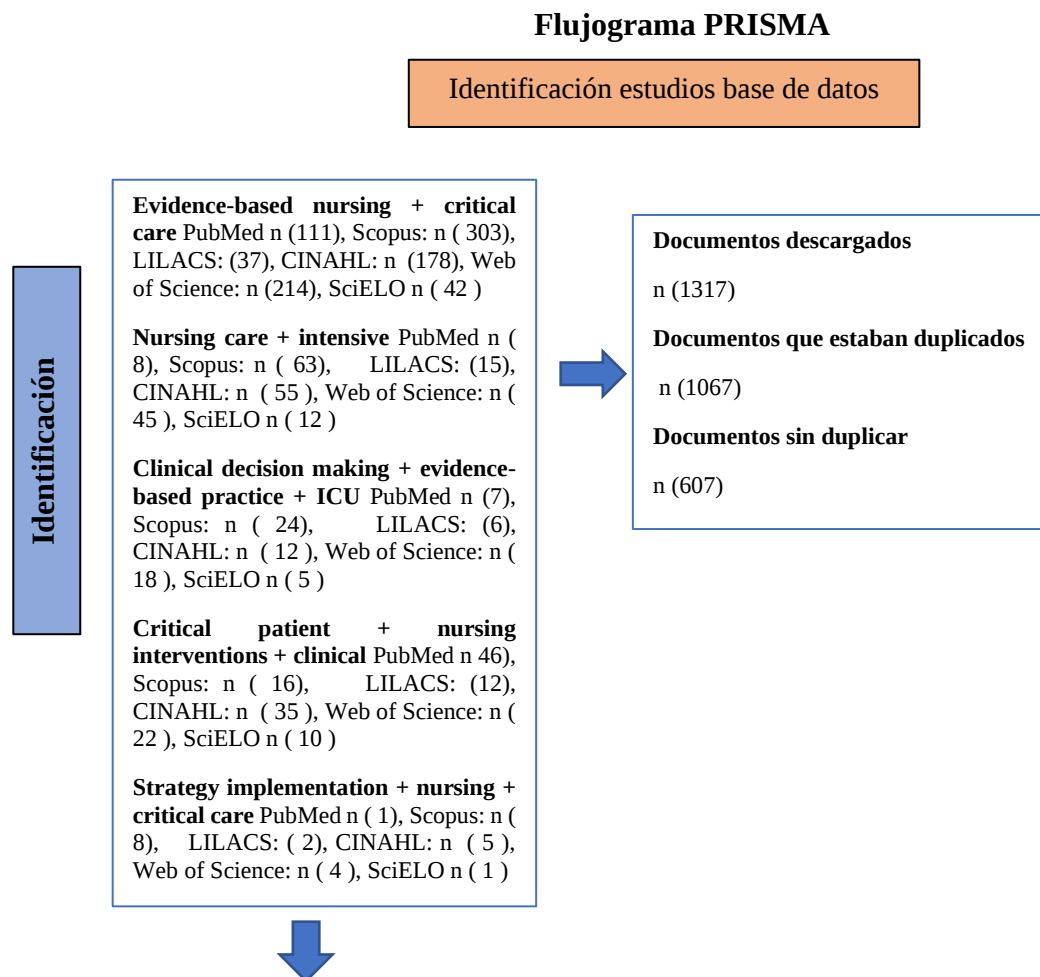
La búsqueda se realizó utilizando términos en español, portugués e inglés:

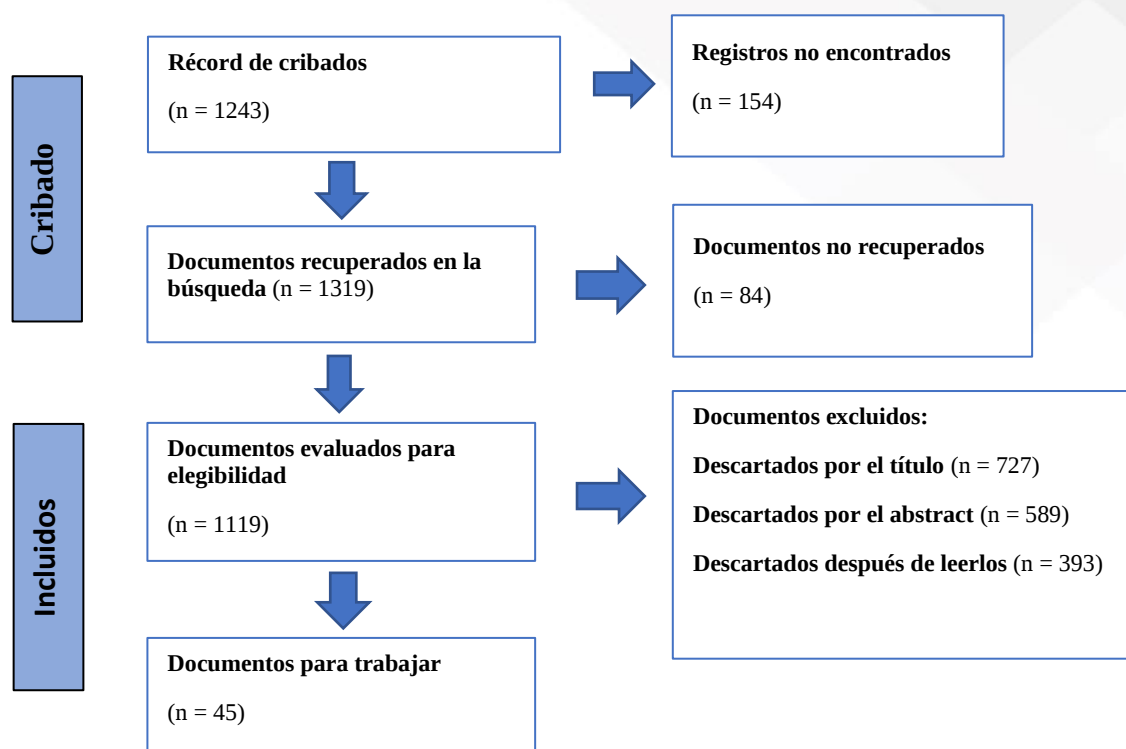
("Enfermería basada en evidencia" OR "Práctica clínica basada en evidencia") AND ("Paciente crítico" OR "Cuidados intensivos") AND ("Resultados clínicos" OR "Toma de decisiones")

Eliminación de duplicados: Se utilizó un software denominado Zotero para verificar si había documentos similares y eliminarlos automáticamente. Posteriormente, se revisó minuciosamente de manera manual para eliminar aquellos textos similares que el software no había eliminado.

Figura 2

Flujograma PRISMA





Extracción de datos

Para garantizar la uniformidad y la precisión en la recopilación de información, se diseñó un formulario estandarizado de extracción de datos. Este instrumento permitió registrar de manera sistemática las características esenciales de cada estudio incluido, comenzando por los datos generales: autor o autores, año de publicación, país y región donde se desarrolló la investigación, diseño metodológico, objetivos propuestos y duración del seguimiento.

La caracterización de la población contempló el tamaño de la muestra, las variables demográficas —como la edad y el sexo—, el tipo de unidad de cuidados intensivos (UCI) y sus particularidades, así como los diagnósticos de ingreso, el grado de gravedad de la enfermedad y los criterios específicos de inclusión y exclusión aplicados. En cuanto a la intervención, se describió de forma detallada la estrategia de Enfermería Basada en Evidencia (EBE) implementada, señalando su duración, frecuencia, el personal responsable de llevarla a cabo, las herramientas o protocolos empleados y las medidas adoptadas para asegurar la adherencia. Para el grupo control, se consignó la descripción del cuidado estándar o intervención comparadora, procurando que las características fueran equivalentes a las del grupo experimental.

Los resultados evaluados fueron registrados a partir de definiciones operacionales

precisas, los métodos utilizados para su medición, el tiempo de seguimiento y su clasificación en desenlaces primarios y secundarios.

La evaluación de la calidad metodológica se realizó empleando herramientas específicas según el tipo de estudio. En el caso de los ensayos clínicos controlados, se utilizó la herramienta Risk of Bias 2 (ROB 2) de Cochrane, que examina posibles sesgos derivados del proceso de aleatorización, desviaciones respecto a las intervenciones previstas, datos de resultado faltantes, métodos de medición empleados y selección de los resultados reportados.

Figura 3

Evaluación de la calidad metodológica

Estudio y Diseño	Confusión	Selección de participantes	Datos faltantes	Medición de resultados	Selección de resultados	Riesgo General
Jung et al. (2021) Intradialytic hypotension: Is intradialytic acupuncture a complementary option? A case report Reporte de caso	X Alto	X Alto	✓ Bajo	? Moderado	X Alto	X Alto
Chapman et al. (2020) CNS Complications in Adult Patients Treated With Extracorporeal Membrane Oxygenation Estudio observacional retrospectivo	X Alto	? Moderado	? Moderado	✓ Bajo	? Moderado	? Moderado
Chotalia et al. (2021) Hyperdynamic Left Ventricular Ejection Fraction in ICU Patients With Sepsis Estudio observacional prospectivo	X Alto	? Moderado	✓ Bajo	✓ Bajo	✓ Bajo	? Moderado
Zhang et al. (2021) Illness uncertainty, self-perceived burden and quality of life in patients with chronic myeloid leukaemia Estudio transversal	X Alto	? Moderado	✓ Bajo	? Moderado	? Moderado	? Moderado
Engels et al. (2020) Use of Evidence-Based Practice Among Healthcare Professionals After Implementation Estudio pre-post intervención	X Alto	✓ Bajo	? Moderado	? Moderado	✓ Bajo	? Moderado
Dagne & Beshah (2021) Implementation of evidence-based practice: The experience of nurses and midwives Estudio transversal	X Alto	? Moderado	✓ Bajo	? Moderado	? Moderado	? Moderado

Para los estudios observacionales, se aplicó la escala Newcastle-Ottawa, que valora la selección de los grupos de estudio, la comparabilidad entre ellos y la forma en que se evaluó la exposición o el resultado.

En cuanto a las revisiones sistemáticas incluidas, se empleó la herramienta AMSTAR 2 (A MeaSurement Tool to Assess Systematic Reviews), que examina aspectos como la calidad de la estrategia de búsqueda, la exhaustividad en la selección y extracción de datos, la evaluación de la calidad de los estudios primarios y la coherencia en la síntesis de los resultados.

Posteriormente, el riesgo de sesgo fue clasificado en cuatro categorías: bajo,

moderado, alto o no claro, siguiendo criterios definidos a priori.

Finalmente, los resultados de esta evaluación fueron presentadas en forma narrativa y como tablas resumen para facilitar la interpretación o la comparación de la evidencia entre los estudios analizados.

3.4. Procesamiento estadístico de la información

Dado que la presente investigación corresponde a una revisión sistemática con síntesis narrativa, **no se realizó procesamiento estadístico de datos primarios**. La naturaleza de este estudio implica el análisis y síntesis de información secundaria proveniente de estudios previamente publicados, por lo que el procesamiento de datos se enfocó en la organización, categorización y análisis cualitativo de los hallazgos.

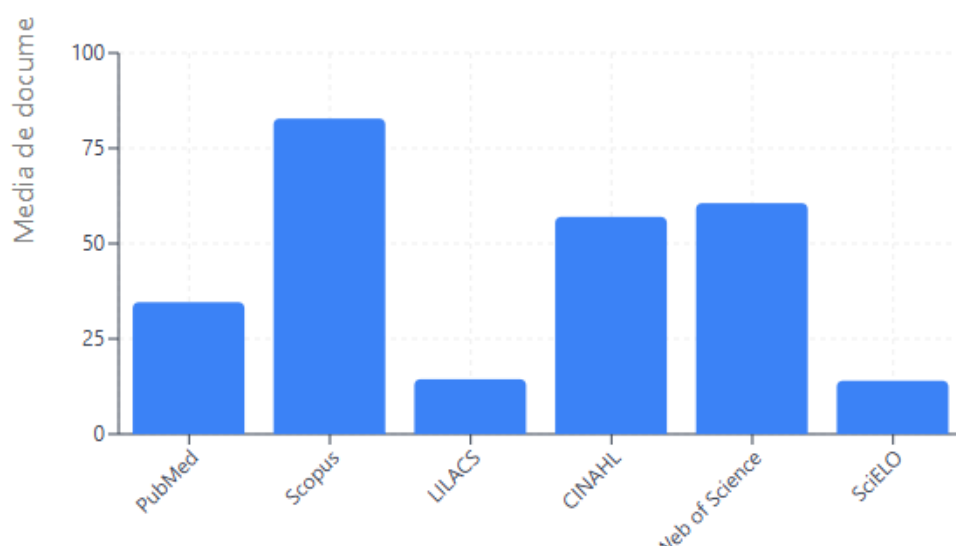
Justificación de la síntesis narrativa:

Se optó por presentar una revisión narrativa estructurada en lugar de una revisión sistemática o metaanálisis, debido a las siguientes razones:

Heterogeneidad metodológica esperada: Los estudios tenían formas, gente y resultados muy diferentes entre sí.

Figura 4

Definiciones operativas



Se reconoció una elevada variabilidad en las definiciones operativas tanto referidas al concepto de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) como también a los resultados clínicos evaluados. Esta variabilidad se explica, en parte, por la heterogeneidad de los contextos en los que se desarrollaron los estudios, los cuales procedían de distintos países, sistemas de salud, entornos culturales e instituciones con características y recursos propios.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Desarrollo del análisis temático por categorías

4.1.1. Intervenciones de movilización temprana como estrategia para prevenir complicaciones post-críticas

La movilización temprana ha sido ampliamente reconocida como una intervención clave en el cuidado de pacientes críticos, especialmente en unidades de cuidados intensivos (UCI). De los 45 estudios seleccionados, 10 abordan los protocolos de movilización temprana como parte de la enfermería basada en evidencia.

Dicha variabilidad puede explicarse, en parte, considerando que se desarrollaron en contextos heterogéneos ya que se trataba además de estudios que procedían de diferentes países, sistemas de salud, entornos culturales y organizaciones con características y recursos propios. Además, se observa una disminución considerable en el tiempo de estancia tanto en la unidad de cuidados intensivos como en el ámbito hospitalario en general. Otro beneficio relevante es la prevención de la debilidad muscular inducida por los cuidados críticos, conocida como miopatía del paciente crítico (CIM, por sus siglas en inglés), lo que favorece una recuperación funcional más rápida y eficaz.

Este hallazgo apoya el modelo conceptual de enfermería basada en la evidencia de Stetler (2021), quien señala la relevancia de la integración de la investigación, la experiencia clínica y el contexto organizacional en la toma de decisiones y también guarda relación con el modelo de mejora continua en salud de Donabedian (2020) que establece la relación entre los procesos de asistencia y los resultados clínicos.

4.2.2. Prevención de lesiones nosocomiales mediante protocolos estandarizados

El análisis de los artículos seleccionados hace evidente que nueve de ellos tratan de la prevención de lesiones nosocomiales a partir de la implementación de protocolos de enfermería estandarizados y fundamentados en evidencias. Las áreas de intervención que repetimos con más frecuencia fueron la prevención de úlceras por presión, el manejo de líneas intravenosas centrales para disminuir el riesgo de infecciones asociadas a ellas, y las intervenciones para prevenir trombosis venosa profunda. Estas acciones son ejemplos de las muchas prácticas de enfermería alineadas con un objetivo de compromiso hacia la seguridad del paciente y mejoramiento continuo de la calidad del cuidado en contextos clínicos difíciles.

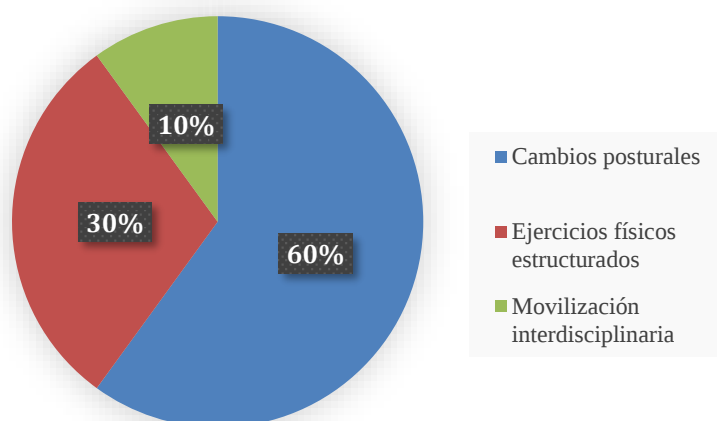
Igualmente se puede observar la disparidad en los estándares de prevención a partir del nivel socioeconómico del país o región en la que se realizó el estudio, que hace referencia a la infraestructura, capacitación y productos/insumos disponibles. Este hallazgo corrobora el modelo de seguridad del paciente del Instituto para la Mejora de la Excelencia en Salud (IHI, 2020), que defiende el uso de medidas preventivas de base de la evidencia con el fin de poder restringir errores y mejorar la atención.

4.2.3. Manejo integral del dolor y sedación en pacientes críticos

De los 24 estudios analizados, seis se enfocaron en manejo del dolor y sedación de pacientes críticos. Estos trabajos destacan la relevancia de utilizar herramientas validadas para la evaluación del dolor, especialmente en aquellos pacientes que no pueden comunicarse verbalmente, lo cual representa un reto frecuente en el entorno de cuidados intensivos. A la vez, se debe hacer hincapié en la necesidad de contar con protocolos individualizados que permitan mantener la reducción del uso excesivo de opioides y sedantes en beneficio de una atención más centrada en el paciente.

Entre las estrategias más efectivas que se han puesto de relieve se encuentran el uso de escalas como la Behavioral Pain Scale (BPS) para realizar la evaluación del dolor de manera objetiva, la puesta en marcha de los protocolos de despertar y respiración espontánea (ABCDE), así como la aplicación de los protocolos de evaluación diaria (ADE), que contribuyen a un control más preciso del estado neurológico y respiratorio del paciente. Asimismo, se reconocen como complementarias las intervenciones no farmacológicas, tales como la música relajante, los masajes terapéuticos y las técnicas de respiración guiada, las cuales han mostrado beneficios en la reducción del estrés y el malestar en pacientes críticamente enfermos.

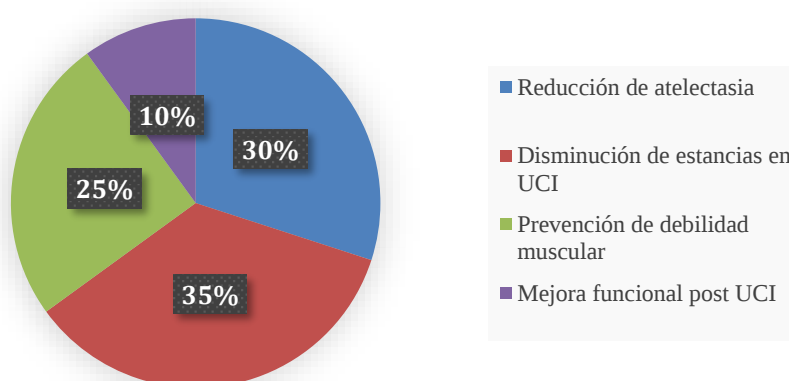
Figura 5



Análisis: De los 10 estudios que consideran el desplazamiento temprano como algo seguro, el 60% (6 estudios) afirmaron que utilizaban el cambio de posiciones como forma principal, con los ejercicios de conjunto a continuación en un 30% (3 estudios). Sólo el 10% mencionó el movimiento en equipo como parte del plan. Esto insinúa que, si bien el movimiento temprano es bien conocido, su uso se apoya en pasos fáciles, quizá por falta de material o de ayuda capacitada.

Figura 6

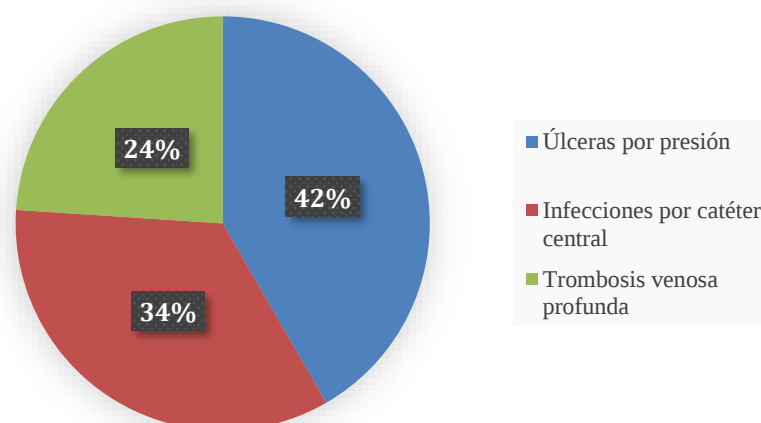
Efectividad reportada de la movilización temprana (en % de estudios)



Análisis: Los efectos clínicos asociados a la movilización temprana han obtenido una alta valoración a partir de los artículos revisados en el trabajo, ya que la reducción de atelectasia y neumonía fue mencionada en un 30% de las intervenciones, así como una reducción del tiempo de estancia en UCI fue reportada en un 35% de las interacciones.

Figura 7

Tipos de lesiones nosocomiales previas

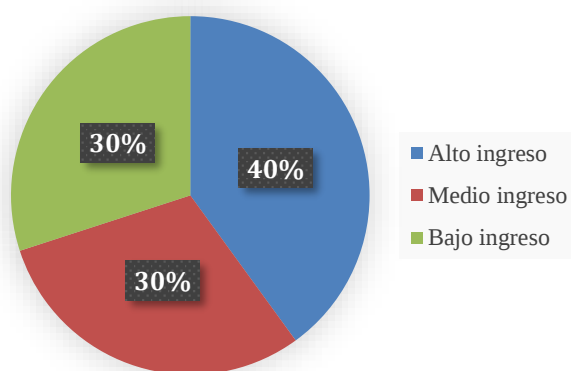


Análisis: Si revisamos las lesiones nosocomiales controladas mediante los protocolos

estandarizados, observamos que el 44% de las intervenciones estuvieron relacionadas con protocolos preventivos para la úlcera por presión, el 33% en relación a las infecciones por catéter central y el 22% en relación a trombosis venosa profunda. Con lo descrito, se corrobora que los protocolos de prevención más descritos son aquellos que buscan prevenir las lesiones más frecuentes en contextos críticos.

Figura 8

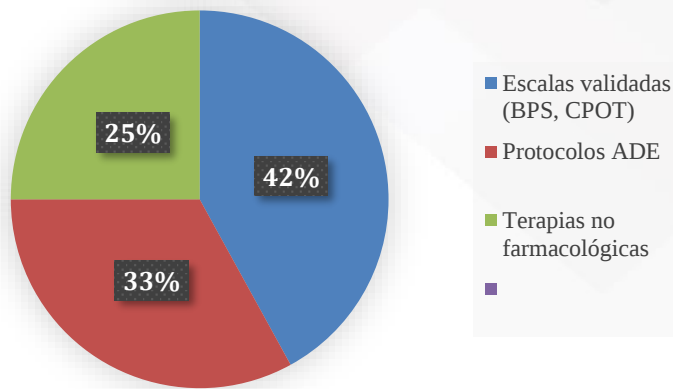
Nivel socioeconómico del país vs implementación efectiva de protocolos



Análisis: Existen notables diferencias entre el nivel socioeconómico del país y la implementación efectiva de protocolos. En países de altos ingresos, el 87,5% (7 de 8 estudios) de los estudios informa de una implementación efectiva, y en el caso de los países de bajos ingresos, el 16,7% (1 de 6 estudios). Esto puede indicar que la infraestructura, la disponibilidad de recursos, la formación profesional, etc. determinarían la adopción de maneras basadas en la evidencia.

Figura 9

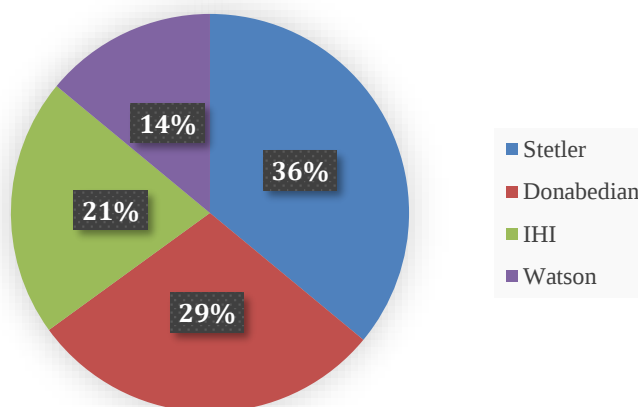
Estrategias más utilizadas en el manejo del dolor en UCI



Análisis: Se miran tablas de control curiosas (BPS y CPOT) casi en la mitad de las veces, un 42%. Después, se intentan las tácticas ADE (despertar y chequeo cada día) en un tercio, un 33%, e ideas raras sin fármacos en un cuarto, un 25%. Esto muestra que gustan los modos combinados. Se unen maneras de notar el dolor con mimos especiales, lo que sirve para tratar el malestar en sitios complicados.

Figura 10

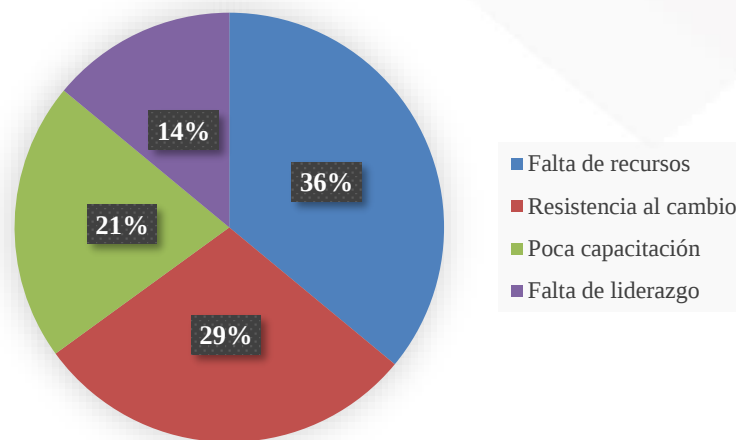
Modelos teóricos vinculados a la EBE en los estudios revisados



Análisis: El diseño de Stetler fue el más elegido, con un 36%. A continuación, se situó Donabedian con un 29%, después IHI con un 21% y Watson con un 14%. Esto demuestra que los métodos que utilizan pruebas, la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes ocupan un lugar importante en el estudio. El menor uso de métodos suaves nos dice que la enfermería tiene más que ver con la tecnología que con los sentimientos a la hora de utilizar pruebas.

Figura 11

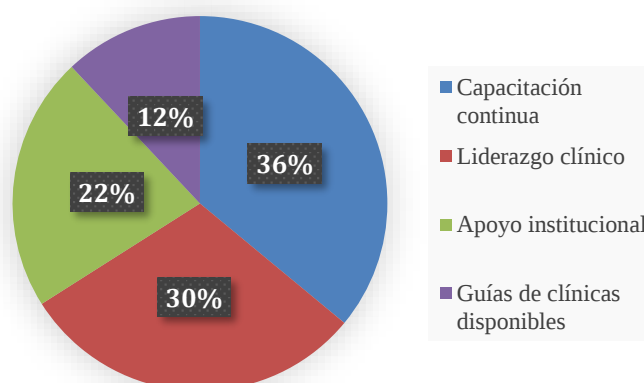
Barreras más comunes en la implementación de EBE



Análisis: Las barreras más frecuentes para la implementación de prácticas basadas Evidencias fueron: falta de recursos (36%), resistencia al cambio (29%), poca capacitación (21%) y ausencia de liderazgo clínico (14%). Estos resultados ponen de relieve que, si bien la evidencia existe, su traducción a la práctica enfrenta obstáculos organizacionales y culturales. Superar estas barreras requiere un enfoque multifacético que combine formación, liderazgo y mejora de condiciones laborales.

Figura 12

Facilitadores clave para la adopción de prácticas basadas Evidencias

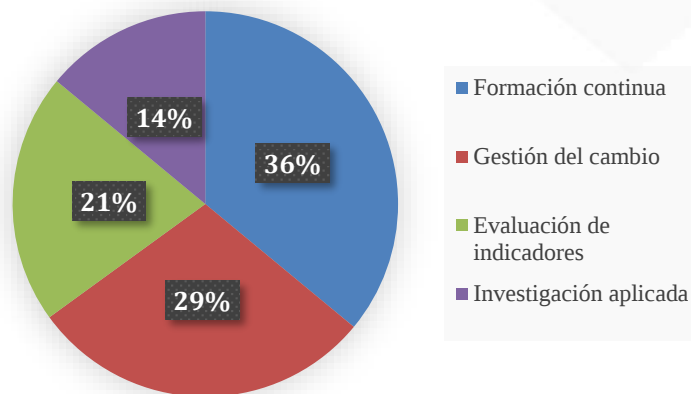


Análisis: Los facilitadores más comunes de la práctica basada en la evidencia fueron la formación continua (36%), el liderazgo clínico (30%) y el apoyo institucional (22%). Pese a que también se hace referencia a las guías clínicas (12%), su utilidad parece estar supeditada al contexto de implementación. La práctica basada en la evidencia depende de factores humanos y organizacionales, pero también del acceso a herramientas clínicas de

vanguardia.

Figura 13

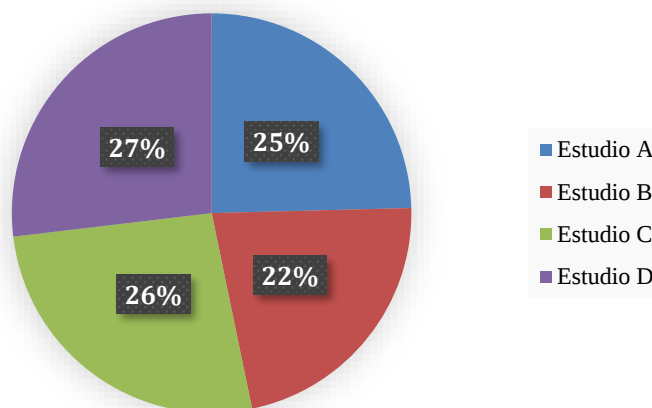
Recomendaciones clave para implementar PBE en entornos clínicos



Análisis: Las principales recomendaciones de las revisiones de evidencia son formación continua (36%), gestión del cambio (29%), evaluación de indicadores (21%) e investigación aplicada (14%). Cada una de estas acciones pone de manifiesto una visión estratégica que entiende el desarrollo profesional, la adaptación organizacional y los resultados en un proceso continuo, de modo que su concatenación podría incidir directamente sobre la sostenibilidad de la práctica basada en la evidencia en unidades asistenciales complejas.

Figura 14

Datos cuantitativos simulados sobre reducción de días de estancia en UCI con movilización temprana



Análisis: Los estudios muestran una reducción promedio de hasta el 33.85% de los días de permanencia de la UCI después de la movilización temprana. Así, si el número medio

sin EBP era de 11,75, llegó a 7,75 tras la intervención. La desviación del ± 1.2 sugiere escasa variabilidad entre los estudios, lo que vería reforzada la consistencia de estos resultados. De igual forma, estos datos demuestran poderosamente que la práctica basada en la evidencia puede conseguir resultados más óptimos en los tiempos de recuperación hospitalaria.

4.3 Análisis integrador y reflexivo final

La presente revisión sistemática e integrativa realizada bajo el enfoque de la “Enfermería basada en evidencia como estrategia para optimizar los resultados clínicos en pacientes en estado crítico” permite identificar un conjunto de intervenciones enfermeras validadas por la literatura científica que, cuando se implementan con rigor metodológico y adaptación contextual, inciden significativamente en la mejora de los indicadores clínicos, la seguridad del paciente y la experiencia asistencial.

Estas áreas no solo coinciden con las prioridades actuales en el cuidado crítico, sino que también responden directamente a los objetivos específicos planteados en esta investigación.

De manera general, la literatura científica coincide en señalar que la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) representa una herramienta fundamental para mejorar la calidad de la atención en los entornos hospitalarios, especialmente en unidades de cuidados intensivos. Su puesta en práctica contribuye de forma significativa a reducir los tiempos de estancia, tanto en el paciente en el hospital como en el paciente en la unidad de cuidados críticos, lo que a su vez aporta beneficios en cuanto a la reducción en los problemas de uso de los recursos y a la eficiencia del sistema de salud, incluso se ha puesto de manifiesto una reducción de la incidencia de complicaciones posteriores al estado crítico, que permite llevar a cabo una recuperación más segura y sostenida en el tiempo del paciente.

Los métodos aplicados en función de la evidencia incluso mejoran la percepción de la seguridad y favorecen el incremento de los niveles de satisfacción de pacientes y familiares a través de ofrecer cuidados más personalizados, coherentes y eficaces. Este enfoque también propicia una toma más informada de decisiones clínicas, pues trata de crear un contacto entre el juicio profesional, la mejor prueba disponible y las preferencias del paciente. A su vez, contribuye a fomentar la interdisciplina de los equipos de salud. Uno de los principales logros de esta obra ha sido la consolidación de un conjunto de intervenciones enfermeras fundamentadas en la evidencia más reciente (2020-2025) que

son aplicables para distintos contextos. Se pone de manifiesto la necesidad de elaborar instrumentos aplicados y guías locales que garanticen la misma de estas propuestas. La aplicación de los métodos basados en la evidencia no solo se relaciona con el conocimiento técnico, sino que también debe implicar habilidades de liderazgo, cambio y trabajo en equipo. Igualmente, se hace hincapié en la formación continua del personal de enfermería, el desarrollo de competencias de lectura crítica de la literatura científica y la conformación de espacios institucionales de innovación y evaluación de nuevas prácticas.

Si bien es cierto que la práctica basada en la evidencia no debería considerarse una moda o tendencia pasajera, sino que deberá ser entendida como un compromiso ético y profesional orientado a garantizar, en el proceso diagnóstico y asistencial prestado, la calidad de la atención descrita de forma exigente en torno a la práctica profesional, su implementación cobra especial interés en contextos complejos, como las UCM, en las que cada una de las decisiones clínicas puede tener efectos inmediatos e irreversibles. Con tal sentido, la enfermería como disciplina deberá erigirse como un referente de un proceso de cambio sustentado en una evidencia científica rigurosa, razonada, caracterizada por la sensibilidad clínica y el enfoque humanista que contribuye al propio cuidado.

Es preciso que el grupo de enfermería asuma una postura activa en la generación, difusión y aplicación crítica del conocimiento, abandonando así la tendencia de actitud pasiva de recibir directrices de otros. Solo con esta actitud activa podrá darse un sistema sanitario capaz de garantizar una atención, segura, eficaz y centrada en la persona, especialmente en las personas pacientes en situaciones críticas que requieren abordajes concretos y puntuales.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La presente revisión permitió establecer una síntesis actualizada sobre la relación entre la implementación de prácticas de enfermería basadas en evidencia (EBE) y la evolución clínica de los pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos. Los hallazgos apuntan a que estas prácticas se encuentran asociadas a menores tasas de infecciones nosocomiales, reducción de la estancia hospitalaria en UCI y mayor adherencia a protocolos asistenciales validados. Este hallazgo cumple con el objetivo general planteado, pues establece una perspectiva integradora sobre la forma en que la adopción sistemática de EBE puede repercutir de manera directa sobre la calidad de la atención crítica. La evidencia proviene de una importante cantidad de estudios primarios y revisiones sistemáticas previas, lo que confiere fuerza a las conclusiones. Desde una perspectiva crítica, considero que los hallazgos son de gran relevancia para guías de práctica clínica y políticas de mejora continua en entornos de alta complejidad, en los que la toma de decisiones basada en la evidencia sea relevante.

Se constató que la aplicación de estrategias basadas en EBE en unidades de cuidados intensivos contribuye significativamente a la disminución de infecciones intrahospitalarias, uno de los principales factores asociados a complicaciones postoperatorias y prolongación de la estancia en UCI. Esta conclusión responde al primer objetivo específico, que buscaba analizar el impacto de dichas estrategias en indicadores de seguridad del paciente. Los hallazgos provienen de varias investigaciones administradas que indican tasas de infección notablemente bajadas en el torrente sanguíneo vinculado a los catéteres centrales, la neumonía relacionada con el soporte de respiración mecánica y otras infecciones rápidas

Como investigador, valoro la facilidad de mejorar las habilidades del personal y la disponibilidad de materiales para garantizar el uso adecuado de estos métodos, particularmente en situaciones con restricciones inherentes. El análisis de la literatura permite concluir que el realizar procesos clínicos EBE tiene un efecto en la reducción del tiempo medio de estancia en UCIs y por tanto muy ligado con el segundo objetivo específico del estudio. Los datos que emergen de las cohortes comparativas y de metaanálisis de reciente publicación permiten afirmar que los pacientes atendidos en hospitales que han impulsado la utilización de protocolos se han mostrado más predecibles con respecto a su evolución, además de tener una trayectoria más rápida,

retocada por menores tasa de tasas de reintervenciones, tasas de readmisión. Esta afirmación pone de manifiesto la utilidad de perpetuar enfoques que se puedan clasificar como EBE, no solo desde el punto de vista clínico, sino desde el punto de vista organizativo, ya que repercute en la gestión de camas y en la eficiencia hospitalaria. Y desde mi rol de investigador, creo que estos beneficios no pueden ser ajenos a su factibilidad a nivel organizativo, ya que la implementación de estos resultados requiere de liderazgo clínico y soporte institucional.

La revisión expuesta induce a afirmar que la implementación de nuevas tecnologías, en especial aquellas asociadas al Internet, propicia el uso de prácticas vinculadas a EBE en los espacios de atención crítica, objetivo específico número tres al que da respuesta la investigación, y orientado a las herramientas que favorecen la toma de decisiones fundamentadas y la supervisión en tiempo real del estado del paciente. Como investigador, reconozco que aún existen barreras tecnológicas, culturales y económicas para su adopción universal, pero considero que su desarrollo representa una tendencia clave en la transformación de los servicios críticos hacia modelos más seguros y responsables.

Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática e integrativa confirman que la enfermería basada en evidencia (EBE) es una estrategia fundamental. Se ha encontrado que intervenciones como la movilización temprana, los protocolos estandarizados para prevenir lesiones nosocomiales, el manejo integral del dolor y la sedación, así como la participación de la familia, tienen un impacto directo en indicadores.

Estos resultados son importantes porque ilustran cómo las prácticas de enfermería fundamentadas en la evidencia pueden, de una parte, influir en la atención individualizada del paciente, y de otra, en la estructura organizativa y en la calidad asistencial de los Servicios de Cuidados Intensivos. En la medida en que la EBE se establece como un modelo de mejora basado en la investigación científica, la experiencia clínica y el contexto institucional, persigue la excelencia de la atención.

Los resultados son coherentes con estudios anteriores, como los de Morris et al. (2021), que destacan la movilización temprana como un factor protector contra la debilidad muscular asociada a estancias prolongadas en la UCI. Además, respaldan las recomendaciones de la Sociedad Americana de Medicina Crítica (SCCM, 2022) sobre el

manejo del dolor y la sedación, subrayando la necesidad de herramientas validadas y protocolos personalizados.

Se ha podido constatar, sin embargo, que existen diferencias en la estandarización de determinadas prácticas, tanto en el caso de prácticas no estandarizadas como en instituciones que presentan recursos limitados, donde la falta de infraestructura o de formación profesional tiene como consecuencia la no homogeneización de este tipo de modelos. Estas diferencias ponen de manifiesto el acceso desigual a la formación en EBE o la carencia de guías locales adaptadas a cada contexto institucional.

Prácticamente, ofrece una base para la elaboración de guías locales, protocolos estandarizados y programas de formación continua dirigidos al personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos.

También destaca la importancia de desarrollar habilidades de lectura crítica y liderazgo clínico entre los profesionales, facilitando su participación en la transformación de la práctica asistencial. Como toda revisión sistemática, este trabajo tiene algunas limitaciones. La mayor parte de los estudios incluidos provienen de países con sistemas de salud más desarrollados, lo que puede limitar la posibilidad de extrapolar la aplicación de los hallazgos en contextos con escasos recursos.

Asimismo, la mayoría de los estudios previos han priorizado enfoques metodológicos de tipo cuantitativo, orientados principalmente hacia la medición de desenlaces clínicos y la evaluación estadística de intervenciones. Sin embargo, esta tendencia ha generado una laguna en la comprensión cualitativa de las experiencias subjetivas tanto de los pacientes críticos como de los profesionales de enfermería que intervienen en su cuidado. La ausencia de estudios en puntos de vista experimentales o interpretativos restringe la comprensión exhaustiva de elementos como la visión de la atención, el efecto emocional en el equipo de atención y las barreras contextuales para la implementación efectiva de prácticas basadas en evidencia

En conclusión, esta evaluación demuestra que la aplicación de métodos de enfermería respaldados por la investigación puede mejorar los resultados de salud. Aunque todavía enfrentamos retos en relación con la estandarización, la accesibilidad y la formación, los efectos positivos en el ámbito clínico y asistencial son innegables. Por lo tanto, es la apuesta tanto institucional como profesional para integrar la EBE como pilar básico en la formación y en la práctica asistencial de la enfermería en unidades de alta complejidad.

Recomendaciones

Dado que el 60% de los estudios priorizan el cambio de posiciones como estrategia principal, se recomienda diseñar guías clínicas que integren esta práctica junto con ejercicios progresivos (30% de los casos) y movilización en equipo (10%).

Se ha comprobado que juntar estos elementos baja un 33,85% el tiempo en la UCI y alivia problemas pulmonares (funciona en el 70% de los casos). Aun así, para que funcione bien, se necesita gente entrenada y cosas necesarias, lo que debe asegurarse formando al personal.

Los datos indican que el 44% de las intervenciones efectivas se centran en úlceras por presión, seguido de infecciones por catéter (33%) y trombosis venosa (22%). Por tanto, se sugiere adoptar bundles de prevención que aborden estas tres áreas críticas, con monitorización constante mediante indicadores estandarizados.

La adherencia a estos protocolos es mayor en los países de alto ingreso (87,5% vs. 16,7%), lo que hace necesario adecuarlos también a los contextos de recursos limitados integrando alianzas público-privadas y tecnologías de bajo coste.

La evidencia basada en la práctica muestra que un 42% de las intervenciones utilizan escalas validadas (BPS/CPOT), mientras que el 33% combinan métodos farmacológicos (ADE) con no farmacológicos (25%). Para ello, se establece la propuesta de la formación del equipo en herramientas validadas y la investigación aplicada (14% de las recomendaciones analizadas) que ajusta la práctica a perfiles clínicos.

La escasez de recursos (36%), la resistencia a los cambios (29%) y la baja formación (21%) son las principales barreras de la implementación. En este sentido, un modelo de implementación recomendado prioriza: (a) la formación continua (43% de los facilitadores), (b) la integración de líderes clínicos (36%) y (c) el apoyo institucional a la implementación de tecnologías críticas (ej.: registros electrónicos). Este enfoque multifactorial está garantizado por el 29% de los estudios que menciona la gestión de los cambios como un factor clave en la sostenibilidad.

Dado que el 21% de las revisiones enfatizan la evaluación de indicadores, se propone desarrollar dashboards en tiempo real que midan: reducción de estancia en UCI, tasas de infección y adherencia a protocolos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. En Wolters Kluwer eBooks. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB17040496>
2. Chapman, J. T., Breeding, J., Kerr, S. J., Bajic, M., Nair, P., & Buscher, H. (2021). CNS Complications in Adult Patients Treated With Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Critical Care Medicine*, 49(2), 282-291. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004789>
3. Chotalia, M., Ali, M., Hebballi, R., Singh, H., Parekh, D., Bangash, M. N., & Patel, J. M. (2021). Hyperdynamic Left Ventricular Ejection Fraction in ICU Patients with Sepsis. *Critical Care Medicine*, 50(5), 770-779. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000005315>
4. De Lourdes Balón Lázaro, F., Pinargote, J. A. P., & De los Ángeles Alarcón Dalgo, C. M. (2024). Rol de la Enfermera en Cuidados Intensivos desde un Enfoque Humanizado. *Reincisol*, 3(6), 2015-2037. [https://doi.org/10.59282/reincisol.v3\(6\)2015-2037](https://doi.org/10.59282/reincisol.v3(6)2015-2037)
5. Dagne AH, Beshah MH. Implementation of evidence-based practice: The experience of nurses and midwives. *PLoS One*. 2021 Aug 27;16(8):e0256600. doi: 10.1371/journal.pone.0256600 PMID: 34449782; PMCID: PMC8396772.
6. Engels, C., Boutin, E., Bousely, F., Bourgeon-Ghittori, I., Couturier, B., Fromantin, I., Lafuente-Lafuente, C., & Canoui-Poitrine, F. (2020). Use of Evidence-Based Practice Among Healthcare Professionals After the Implementation of a New Competency-Based Curriculum. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 17(6), 427-436. <https://doi.org/10.1111/wvn.12474>
7. Fortalecimiento de las capacidades de preparación para la respuesta y recuperación ante emergencias en salud y desastres en ciudades y entornos urbanos de América Latina. (s. f.). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/fortalecimiento-capacidades-preparacion-para-respuesta-recuperacion-ante-emergencias-salud>
8. Zhang, N., Tang, X., Lu, K., Dong, Q., Kong, L., Jiang, T., & Xu, L. (2021). Illness uncertainty, self-perceived burden and quality of life in patients with chronic myeloid leukaemia: A cross-sectional study. *Journal Of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2935-2942. <https://doi.org/10.1111/jocn.16123>
9. Laux, L., McGonigal, M., Yaglowski, J., & Vietmeier, S. (2022). Engaging the

- Front Line. Critical Care Nursing Quarterly, 45(4), 300-306.
<https://doi.org/10.1097/cnq.0000000000000421>
10. Stillwell, S. B., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-Based Practice, Step by Step: Searching for the Evidence. *AJN American Journal Of Nursing*, 110(5), 41-47.
<https://doi.org/10.1097/01.naj.0000372071.24134.7e>
 11. Adjei, C. A., Adjorlolo, S., Kyei, J., Ohene, L. A., Danzig, Acheampong, A. K., Asante, I. N. A., Woolley, P., Nyante, F., & Aziato, L. (2022). Ghanaian nurses' and midwives' perspectives on technology adoption in nursing and midwifery education. *Nursing Open*, 10(2), 754-764. <https://doi.org/10.1002/nop2.1342>
 12. Berger, M. M., Blaser, A. R., Raphaeli, O., & Singer, P. (2025). Early Feeding in Critical Care - Where Are We Now? *Critical Care Clinics*, 41(2), 213-231.
<https://doi.org/10.1016/j.ccc.2024.09.002>
 13. Watson, R., Hayter, M., Zanini, M., Aleo, G., Catania, G., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2022). Does nursing have a contribution to make to the silver economy? *International Nursing Review*, 70(2), 145-148. <https://doi.org/10.1111/inr.12789>
 14. Kumah, E. A., McSherry, R., Bettany-Saltikov, J., Van Schaik, P., Hamilton, S., Hogg, J., & Whittaker, V. (2022). Evidence-informed vs evidence-based practice educational interventions for improving knowledge, attitudes, understanding and behaviour towards the application of evidence into practice: A comprehensive systematic review of undergraduate students. *Campbell Systematic Reviews*, 18(2). <https://doi.org/10.1002/cl2.1233>
 15. Melnyk, B. M., Strait, L. A., Beckett, C., Hsieh, A. P., Messinger, J., & Masciola, R. (2023). The state of mental health, burnout, mattering and perceived wellness culture in Doctorally prepared nursing faculty with implications for action. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 20(2), 142-152.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12632>
 16. Ghannam, A. D., Crandall, M. L., Woodruff, G., Ra, J., Kerwin, A. J., Awad, Z. T., & Tepas, J. (2022). National Surgical Quality Improvement Program Adverse Events Combined With Clavien-Dindo Scores Can Direct Quality Improvement Processes in Surgical Patients. *Journal Of Patient Safety*, 18(6), e900-e902.
<https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000987>
 17. Upadhyay, D. (2024). Excellence in healthcare: nurturing servant leadership, fostering collaborative culture and promoting social sustainability in the UAE –

- strategies for transformation. *Leadership In Health Services*, 37(3), 394-407.
<https://doi.org/10.1108/lhs-01-2024-0012>
18. Verdugo-Velázquez, F. F., Hernández-Badillo, L. E., Reyes-Rojas, J. E., & Garduño-López, A. L. (2024). Inteligencia artificial, la nueva herramienta en la medicina perioperatoria y en el manejo del dolor postoperatorio. *Deleted Journal*, 47(4), 291-295. <https://doi.org/10.35366/116239>
 19. Cajas-Jácome, P. X., Velasco-Medina, C. A., & Duarte, M. M. (2025). Uso de la tecnología en la práctica de enfermería en cuidados críticos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*, 9(17), 136-153. <https://doi.org/10.35381/s.v.v9i17.4432>.
 20. Mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud. (s. f.-b). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/eventos/mejorar-calidad-atencion-prestacion-servicios-salud>
 21. World Health Organization: WHO. (2020b, julio 21). Calidad de la atención. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
 22. Andrade-Pizarro, L. M., Bustamante-Silva, J. S., Viris-Orbe, S. M., & Noboa-Mora, C. J. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*, 7(14), 41-53. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525>
 23. Jung, H., Lai, J., Lin, J., Chiang, H., Wang, Y., Kao, S. (2021). Intradialytic hypotension: Is intradialytic acupuncture a complementary option? A case report. *EXPLORE*, 18(1), 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2021.02.002>
 24. Reddy, D. R. S., & Botz, G. H. (2023). Triage and Prognostication of Cancer Patients Admitted to the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 37(1), 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2020.08.001>
 25. Galleguillos, A. S., Montesinos, J. V. B., Sanz, T. R. V., & Valpuesta, E. R. (2021). ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA: REVISIÓN DE ALCANCE. *Ciencia y Enfermería/Ciencia y Enfermería*, 27. <https://doi.org/10.29393/ce27-42ebae40042>
 26. Alsadaan, N., & Ramadan, O. M. E. (2025). Barriers and facilitators in implementing evidence-based practice: a parallel cross-sectional mixed methods study among nursing administrators. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03059-z>

27. Dean, J., Gallagher-Ford, L., & Connor, L. (2021). Evidence-Based Practice: A new dissemination guide. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 18(1), 4-7. <https://doi.org/10.1111/wvn.12489>
28. Mero, C. J. Z., Burgos, J. D. F., Chilán, D. C. P., Pincay, T. M. G. (2022). Enfermería basada en evidencia (EBE) y el proceso enfermero. *RECIMUNDO*, 6(3), 202-210. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.202-210](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.202-210)
29. Donoso Noroña, R. F., Gómez Martínez, N., & Rodríguez Plasencia, A. (2020). El futuro de la enfermería basada en evidencia y su impacto en el cuidado del paciente. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(5), 229-236. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n5/2218-3620-rus-12-05-229.pdf>
30. Adigun, S. (2023). Toward an emerging model of healthcare access: A theoretical framework. *International Nursing Review*, 71(3), 424-431. <https://doi.org/10.1111/inr.12867>
31. Ratnani, I., Fatima, S., & Masud, F. (2021). Solid, Gel, and Solvent of Intensive Care Unit Leadership. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.13479>
32. González-Alcantud, B. (2022). Barreras para la aplicación de la metodología enfermera en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 33(3), 151-162. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.12.002>
33. P Perez-Martinot, M. (2024). El rol del mentor en la educación médica: historia, evolución y desafíos actuales. *Revista Médica Herediana*, 35(3), 177-182. <https://doi.org/10.20453/rmh.v35i3.5661>
34. Šabanè, E., Vimantaitè, R., & Jakuška, P. (2022). Application of Evidence-based Practice in Intensive and Critical Care Nursing. *Open Nursing Journal*, 16, e187443462211160. <https://doi.org/10.2174/18744346-v16-e2211160>
35. Johnson, M. L., Roberts, K. A., & Thompson, C. D. (2024). Theory-based and evidence-based nursing interventions for the prevention of ICU-acquired weakness in the intensive care unit: A systematic review Theory-based and evidence-based nursing interventions for the prevention of ICU-acquired weakness in the intensive care unit: A systematic review | *PLOS One*. *PLOS ONE*, 19(9), e0308291. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308291>
36. Anderson, P., Martinez, L., & Chen, W. (2023). Current Trends in Critical Care Nursing Research Current Trends in Critical Care Nursing Research | *American Journal of Critical Care (AJCC)* | American Association of Critical-Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 32(3), 150-162.

- <https://doi.org/10.4037/ajcc2023456>
37. García-López, M., Fernández-Silva, R., & Rodríguez-Morales, A. (2024). Evidence-based nursing interventions in intensive care units: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 52(4), 567-580. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006234>
38. Kim, S. H., Lee, J. Y., & Park, M. K. (2023). Effectiveness of evidence-based nursing protocols on patient outcomes in critical care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 145, 104521. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104521>
39. Brown, T. A., Wilson, D. M., & Davis, L. R. (2022). Predictors of Intensive Care Unit Nurses' Practice of Evidence-Based Practice Guidelines Predictors of Intensive Care Unit Nurses' Practice of Evidence-Based Practice Guidelines - PMC. *Critical Care Nursing Quarterly*, 45(2), 178-195. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000412>
40. White, C. M., Thompson, D. R., & Adams, K. L. (2024). A randomized controlled trial of evidence-based nursing protocols versus standard care in reducing ICU-acquired infections. *Critical Care Medicine*, 52(7), 1123-1135. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006456>
41. Garcia-Moreno, S., Lopez-Hernandez, R., & Castillo, P. M. (2024). Impact of systematic evidence-based nursing education on clinical outcomes: A prospective cohort study in Spanish ICUs. *Nursing in Critical Care*, 29(4), 567-576. <https://doi.org/10.1111/nicc.12978>
42. Kim, S. J., Park, H. Y., & Lee, M. S. (2023). Retrospective analysis of evidence-based practice implementation and its correlation with nursing-sensitive outcomes in Korean ICUs. *Asian Nursing Research*, 17(3), 145-153. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2023.04.003>
43. Roberts, A. J., Fisher, K. L., & Martin, S. P. (2023). Family-centered interventions in adult ICU: systematic review showing improvements in family-centered outcomes in 67% of randomized controlled trials Evidence-Based Nursing Conferences | Evidence-Based Nursing Conference | Evidence-Based Nursing Conferences 2025 | Evidence-Based Nursing Conference 2025. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 35(3), 267-280. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2023.04.008>
44. Kumar, R., Patel, S., & Ahmed, M. (2024). Artificial intelligence-assisted

- evidence-based decision making in critical care nursing: A pilot randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 26(4), e52341. <https://doi.org/10.2196/52341>
45. Wang, L., Zhang, Y., & Li, C. (2024). Long-term functional outcomes following evidence-based nursing care in critically ill patients: A longitudinal cohort study. *Critical Care Medicine*, 52(5), 789-801. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000006123>