

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
MENCIÓN DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN



TESIS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS BASADAS EN
LA EVIDENCIA EN FISIOTERAPEUTAS DEL CONSEJO
REGIONAL XI TACNA - MOQUEGUA**

Autor

Maryorie Del Carmen Arias Orosco

Asesor

Mg. Andrea Jennifer Schiaffino Miovich

Tacna – 2022

ÍNDICE

RESUMEN	2
SUMMARY	4
ÍNDICE DE TABLAS	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. Fundamentación del Problema.....	8
1.2. Formulación del Problema.....	10
1.3. Objetivo de la Investigación	10
1.4. Justificación	11
CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	12
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	12
2.2. Marco teórico.....	20
2.3. Definición de términos.....	42
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES .	43
3.1. Operacionalización de las variables.....	43
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	44
4.1. Diseño de la investigación	44
4.2. Ámbito de estudio	44
4.3. Unidad y población de estudio.....	44
4.4. Instrumentos de recolección de datos	45
CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	47
5.1. Recojo de datos	47
5.2. Análisis estadístico.....	47
5.3. Consideraciones éticas	47
CAPÍTULO VI: RESULTADOS	48
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS	72
ANEXO 1: Matriz de Consistencia	73
ANEXO 2: Consentimiento informado	74
ANEXO 3: Cuestionario sobre práctica basada en la evidencia en fisioterapeutas.....	75

RESUMEN

Objetivo: Comprender los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia.

Material y métodos: Se trató de un estudio descriptivo, considerando el tipo de investigación fue cuantitativo, observacional y de corte transversal. Se empleó para la recolección de datos el cuestionario sobre práctica basada en la evidencia en fisioterapeutas.

Resultados: Se encuestó un total de 54 fisioterapeutas con una edad media de 31 años, en dónde el 50% de los encuestados trabaja más de 40 horas semanales, considerando que el 85.2% trabaja en un área urbana, el 24.1% describe su área de trabajo como un hospital de atención aguda y el mismo porcentaje lo describe como centro de rehabilitación privado. la mayoría manifestó considerar necesaria la PBE en la práctica clínica y que las publicaciones y hallazgos son útiles en su labor diaria. Respecto a la búsqueda y uso de la literatura científica el 61.1% manifestó leer o revisar de 2 a 5 artículos relacionados con su práctica clínica, el 63% refirió utilizar de 2 a 5 veces literatura y/o hallazgos de investigación para la toma de decisiones clínicas. Según los años de titulación donde se observa que el 85.7% de los profesionales que están de acuerdo con haber aprendido los fundamentos de la práctica basada en la evidencia como parte de su formación académica tienen menos de 10 años de titulación, así como el 90% que afirma necesitar incrementar el uso de la evidencia en su labor diaria. La mayoría de los bachilleres y magísteres leen o revisan de 2 a 5 literaturas científicas relacionadas con su práctica clínica, y, con la misma frecuencia, utilizan MedLine / Pubmed u otras bases de datos para buscar artículos o hallazgos relevantes para su práctica clínica.

Conclusiones: Los Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación del Consejo Regional XI Tacna - Moquegua tienen una media de 31 años, siendo en su mayoría mujeres con menos de 10 años de titulación y no son profesores clínicos de la universidad, trabajan más de 40 horas semanales atendiendo de 5 a 10 pacientes diarios, cuyo grupo etario principal son adultos. Manifiestan tener

conocimientos y formación adecuada de acuerdo a la PBE, así como la comprensión de términos estadísticos, además de estar de acuerdo con incrementar y mejorar sus habilidades, sin embargo, expresan que supone demasiado tiempo. Se han evidenciado valores similares en la PBE de acuerdo a sus años de titulación o grado académico.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes, práctica basada en la evidencia, fisioterapia basada en la evidencia.

SUMMARY

Objective: To understand the knowledge, attitudes and practices of physiotherapists belonging to the XI Tacna – Moquegua Regional Council on Evidence Based Physiotherapy.

Material and methods: It was a descriptive study, considering the type of research was quantitative, observational and cross-sectional. The questionnaire on evidence-based practice in physiotherapists was used for data collection.

Results: A total of 54 physiotherapists with an average age of 31 years were surveyed, where 50% of the respondents work more than 40 hours a week, considering that 85.2% work in an urban area, 24.1% describe their work area as an acute care hospital and the same percentage describe it as a private rehabilitation center. The majority stated that they consider EBP necessary in clinical practice and that the publications and findings are useful in their daily work. Regarding the search and use of scientific literature, 61.1% stated that they had read or reviewed 2 to 5 articles related to their clinical practice, 63% reported that they used literature and/or research findings for decision-making 2 to 5 times. According to the years of graduation, where it is observed that 85.7% of the professionals who agree that they have learned the fundamentals of evidence-based practice as part of their academic training have less than 10 years of graduation, as well as 90% who affirms that they need to increase the use of evidence in their daily work. Most bachelors and masters read or review 2 to 5 scientific literatures related to their clinical practice, and, with the same frequency, use MedLine / Pubmed or other databases to search for articles or findings relevant to their clinical practice.

Conclusions: The Medical Technologists in Physical Therapy and Rehabilitation of the Regional Council XI Tacna - Moquegua have an average of 31 years, being mostly women with less than 10 years of qualification and are not clinical professors of the university, they work more than 40 hours a week attending from 5 to 10 daily patients, whose main age group is adults. They state that they have adequate knowledge and training according to the EBP, as well as an understanding of statistical terms, in addition to being in agreement with increasing and improving their skills, however, they express that it takes too much time. Similar values have

been evidenced in the EBP according to their years of graduation or academic degree.

Keywords: Knowledge, attitudes, evidence based practice, evidence based physical therapy.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación del Consejo Regional XI Tacna – Moquegua	48
Tabla 2. Características laborales de los Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación del Consejo Regional XI Tacna – Moquegua.....	49
Tabla 3. Autorreporte de conocimientos y formación en PBE	51
Tabla 4. Conocimiento y comprensión de términos estadísticos.	52
Tabla 5. Autorreporte de actitudes y creencias hacia la PBE.....	53
Tabla 6. Autorreporte de prácticas basadas en evidencias	55
Tabla 7. Acceso y habilidades relacionadas al uso o aplicación de la literatura científica.....	56
Tabla 8. Conocimientos, actitudes y prácticas basadas en evidencias según tiempo de titulado.....	58
Tabla 9. Conocimientos, actitudes y prácticas basadas en evidencias según el grado académico.....	60

INTRODUCCIÓN

La práctica basada en la evidencia (PBE) es definida como la toma de decisiones por parte del profesional de salud, empleando la mejor evidencia disponible para de esta manera elegir la mejor opción para el paciente. Esta corriente tiene origen en los años 90, iniciada principalmente en el área médica, posteriormente, otros campos profesionales en el ámbito de la salud también formaron parte de esta práctica.

La fisioterapia basada en la evidencia (FBE) es una de las ramas de la PBE, ésta propone combinar metodológicamente la experiencia del profesional de salud con la información más actual y de mejor calidad que existe; tomando en cuenta que no se sustituye el rol del profesional, sino que le permite en nuestro caso a los fisioterapeutas ser una profesión con un nivel de investigación científica más avanzado del que actualmente posee, aumentando la calidad de la práctica clínica y generando transparencia en los procesos de rehabilitación.

Este trabajo de investigación buscará determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del Problema

La atención en salud debe ser respaldada en base a evidencia científica sólida, esta actitud es esencial para los profesionales de salud incluyendo a los médicos (1), odontólogos (2), enfermeras (3) y fisioterapeutas.

La fisioterapia basada en la evidencia (FBE) se define como *“el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para tomar decisiones sobre la atención de pacientes individuales”* (4). Esta corriente tiene origen en el campo médico bajo el nombre de “Medicina basada en la evidencia” (MBE), instituida por el Dr. Archie Cochrane, que, en la década del 70 criticó la profesión médica por las decisiones tomadas bajo una insuficiente evidencia científica (5); a partir de la década del 2000, luego que en el 2009 apareciera el término “MBE” en una cita de MEDLINE, la producción científica en torno a la MBE ha incrementado dando lugar a una corriente científica de gran interés (6). Bajo esta línea surge la Fisioterapia Basada en la Evidencia refiriéndose a la corriente que busca la elección de evidencia científica de calidad para responder a diversos dilemas en la práctica clínica y reemplazar técnicas y métodos que no tienen fundamentos suficientes (7).

Se ha demostrado que para tomar una decisión válida utilizando la FBE se deben cumplir tres requisitos principales: la disponibilidad de la mejor evidencia, reciente, válida y relevante; la implicación de aquellas personas que recibirán la atención; y apoyo a través del conocimiento y la experiencia de las personas que brindarán esa atención (8). La FBE se visualiza como un proceso que comienza con la articulación de una necesidad o problema, pasando a la búsqueda de posibles opciones y evaluando cada una de ellas para que puedan satisfacer la necesidad, implementando la mejor solución y revisándola para ver si se han logrado los beneficios esperados de su aplicación (9).

La Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT) declaró que la FBE debe considerarse como una oportunidad para los fisioterapeutas, y no como una amenaza, ya que la literatura actual sobre fisioterapia tiene evidencia de alta calidad que puede usarse para demostrar la valiosa contribución de la fisioterapia en el tratamiento de varias condiciones de salud (10).

La práctica clínica en fisioterapia basada en la FBE, se ha asociado a mejores resultados en la recuperación de los pacientes, ya que sus necesidades se identifican en la evidencia existente y se incorporan en planes de tratamiento personalizados con base científica sólida mediante una revisión exhaustiva de literatura y el uso de guías de práctica clínica actualizadas lo cual contribuye a una mejor atención, una mayor recuperación funcional y mejora de la calidad de vida (11,12); por otra parte, los fisioterapeutas adquieren una valiosa experiencia al involucrarse en hábitos de revisión de literatura actualizada, diversos autores señalan que las habilidades de los fisioterapeutas para evaluar la literatura de investigación y usarla en su práctica tiene un impacto directo en su éxito (13,14).

Se observa la necesidad de determinar las actitudes, conocimientos y prácticas basadas en la evidencia en el campo de la fisioterapia en nuestro entorno ya que se ha evidenciado una baja implementación de la MBE en docentes y estudiantes de fisioterapia y enfermería en otras regiones (15 - 17).

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia?

1.3. Objetivo de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

Comprender los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia

1.3.2. Objetivos específicos

- Conocer las características sociodemográficas y laborales de los Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación del Consejo Regional XI Tacna – Moquegua.
- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia según el tiempo transcurrido desde la titulación.
- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia según el máximo grado académico obtenido.

1.4. Justificación

La práctica basada en la evidencia debería ser el pilar de los planes de tratamiento aplicados por los profesionales en terapia física ya que garantiza la calidad de los servicios de salud en nuestra región.

En la práctica clínica dentro de la fisioterapia se observa indiferencia por parte de los profesionales, ya que muchos no aplican la FBE en su práctica diaria o solo un pequeño porcentaje ha adquirido el hábito de la revisión bibliográfica periódica lo que tiene como consecuencia el uso de métodos y técnicas desactualizadas lo que lleva a un desconocimiento de la importancia de nuestra carrera en la sociedad.

El encuestar a los profesionales en terapia física del Consejo Regional XI podrá dar un panorama de los conocimientos, actitudes y prácticas de la FBE en su desempeño profesional, dando énfasis que algunos de estos profesionales se encargan de formar a los estudiantes de pregrado, los cuales deberían ser formados con hábitos de investigación y actualización constante dispuestos a cuestionar sus conocimientos.

La presente investigación cumplirá con las recomendaciones éticas, buscando la autorización de los directores de los centros de rehabilitación, así como la firma del consentimiento informado necesario para la participación de la población de estudio. De la misma forma, la factibilidad radica en que se cuenta con los recursos económicos, digitales, sustento bibliográfico y validación de los instrumentos lo que permitirá el desarrollo adecuado de la investigación.

CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Antecedentes de la Investigación

H. AlKetbi, F. Hegazy, A. Alnaqui. T. Shousha. Práctica basada en evidencia por fisioterapeutas en EAU: investigación de comportamiento, actitudes, conciencia, conocimiento y barreras. 2021.

AlKetbi *et al* en su estudio tuvo como objetivo identificar la conciencia y el conocimiento actuales, evaluar la actitud y el comportamiento e identificar las barreras hacia la implementación efectiva de la PBE en los EAU. Los participantes eran todos fisioterapeutas de ambos sexos que ejercían en los EAU con al menos un año de experiencia, se excluyeron a los pasantes y los estudiantes; para lograr su objetivo diseñaron un cuestionario, perfeccionando uno ya antes utilizado en otro estudio, agregándole una pregunta sobre los años de experiencia; los cuestionarios fueron enviados por correo electrónico, se enviaron 300 cuestionarios y se recibieron 258 respuestas, la encuesta constaba de 15 preguntas divididas en datos demográficos, comportamiento, actitudes, conciencia, conocimiento, capacidad funcional y barreras. Los resultados muestran que los encuestados presentaban una actitud positiva en su mayoría, también fue favorable la necesidad de actualizar sus conocimientos sobre la investigación y sus creencias sobre aplicar el tratamiento basado en PBE también fue valorada; llegando a la conclusión de que, aunque un número considerable de fisioterapeutas en los EAU afirman estar al tanto de la PBE, su conocimiento se limita a unos pocos términos clave (14).

F. Hasani, J. MacDermmid, A. Tang et al. Conocimiento, actitud e implementación de prácticas basadas en la evidencia entre fisioterapeutas que trabajan en el Reino de Arabia Saudita: una encuesta transversal. 2020.

Este estudio buscó investigar el conocimiento, las actitudes y la implementación de la práctica basada en la evidencia entre los fisioterapeutas que trabajan en Arabia Saudita, siendo un total de 64 terapeutas que resolvieron el cuestionario que constaba de 28 ítems y se dividía en 3

secciones, diseñada para completarse en 15 a 20 minutos; la primera sección evaluó las respuestas sobre la PBE, la segunda examinó el número de casos y la tercera eran preguntas demográficas. El 45% consideró que la PBE era muy útil, el 47% lo consideró útil hasta cierto punto y el porcentaje restante informó que no era muy útil, además de que los participantes con títulos académicos más avanzados informaron una mayor confianza en sus habilidades de PBE, así mismo solo unos pocos participantes informaron implementar la investigación basada en la evidencia en su práctica, ya sea de manera diaria o con regularidad, aún así la mayoría de participantes demostraron actitudes positivas frente a la implementación. Se llegó a la conclusión de que la PBE autoinformada no se ha implementado ampliamente, a pesar de las actitudes positivas hacia su uso entre los fisioterapeutas que practican en Arabia Saudita, además destaca la diferencia entre el conocimiento de PBE entre los capacitados a nivel de pregrado y los de posgrado, siendo de importancia para influir en la inclusión de conceptos de PBE en los planes de estudio de pregrado de fisioterapia en Arabia Saudita, pudiendo ayudar a rediseñar el plan de estudios, la capacitación posprofesional o las intervenciones que podrían ser necesarias para alentar o facilitar la adopción de la PBE en Arabia Saudita (18).

Castellini G, Corbeta D, Cecchetto S, Gianola S. Veinticinco años después de la introducción de la Medicina basada en la evidencia: conocimiento, uso, actitudes y barreras entre los fisioterapeutas en Italia: un estudio transversal. 2020.

Este estudio tuvo como objetivo explorar el conocimiento, el uso, las actitudes hacia la PBE entre los fisioterapeutas italianos y las barreras que percibieron para adoptar su implementación. Se realizó una encuesta en línea para los miembros de la AIFI, que estuvo disponible por 6 semanas y el tiempo necesario para llenarla era de 10 minutos; el cuestionario constaba de 26 ítems que estaban divididos en 4 secciones: características de los encuestados, conocimiento y habilidad para evaluar críticamente la literatura, uso y efectividad percibida de la PBE y barreras percibidas para la implementación de la PBE en la práctica clínica. Fueron un total de 2000 fisioterapeutas

quienes recibieron la encuesta, siendo 1289 fisioterapeutas quienes la respondieron, con una mediana de edad de 35 años. En los resultados se encontró que la mayoría de los encuestados presentaban una actitud positiva hacia la PBE y su conocimiento era amplio, no obstante, algunos fisioterapeutas sobrevaloraron sus conocimientos, presentando un conocimiento superficial; siendo los encuestados más jóvenes quienes se encontraban más familiarizados con el PBE, debido a que la implementación de la PBE se dio hace pocos años, lo que indicaría que la PBE será adoptada de manera más amplia por las futuras generaciones de fisioterapeutas; se encontró además que el nivel de educación y el entorno laboral influía en el conocimiento sobre la PBE. Los encuestados indicaron que presentaban confianza en la literatura publicada y que sus decisiones clínicas rara vez se basaban únicamente en su experiencia y tres cuartas partes de los encuestados percibieron barreras que limitaban su capacidad crítica frente a la literatura, debido a que se presenta una sobreabundancia de información y necesitan desarrollar habilidades analíticas y realizar una selección cuidadosa de cantidad y calidad (19).

S. Bajracharya, N. Singh, D. Bokalia. Conocimiento, actitud y barrera para la práctica basada en la evidencia entre fisioterapeutas en distritos seleccionados de Nepal. 2019.

Bajracharya et al tuvieron como objetivo en su estudio identificar el conocimiento, la actitud y la barrera para la práctica basada en la evidencia entre los fisioterapeutas en Nepal, para esto se realizó un cuestionario a 164 fisioterapeutas que trabajaban en diferentes clínicas y centros de fisioterapia de los distritos previamente seleccionados de Nepal. Dentro de los resultados se encontró que la mayoría de participantes eran mujeres y que los fisioterapeutas presentan una actitud positiva hacia la PBE con la mayoría de los participantes estando de acuerdo de que es necesaria para la práctica, además se demostró que presentaban un conocimiento moderado; habiendo una diferencia entre los que tenían título de especialización y los que no, ya que presentaban dos veces mayor conocimiento y dentro de las barreras, se llegó a la conclusión de que los fisioterapeutas presentan mucho interés para

aprender sobre el tema y creían que necesitaban aumentar el uso de la PBE en su práctica clínica (20).

Alrowayeh H, Buabbas A, Alshatti T et al. Práctica de fisioterapia basada en evidencias en el estado de Kuwait: una encuesta de actitudes, creencias, conocimientos, habilidades y barreras. 2019.

El objetivo del estudio fue investigar las actitudes hacia la PBE, elevar el nivel actual de conocimiento y habilidades sobre la PBE e identificar las barreras en el estado de Kuwait. Se usó un cuestionario auto informado a 200 fisioterapeutas con al menos 1 año de experiencia clínica y trabajan en hospitales y clínicas gubernamentales. El cuestionario constaba de 32 ítems y examinó las actitudes y creencias de los fisioterapeutas, el interés y la motivación para participar en la PBE, además de antecedentes educativos, conocimientos y habilidades de acceso e interpretación, el nivel de atención y uso de literatura, acceso y su disponibilidad de información para la promoción de la PBE, además de las barreras percibidas; sin embargo la entrevista exploró 3 temas: antecedentes sobre la PBE, opiniones sobre la implementación y barreras y facilitadores actuales para la adopción de esta. En los resultados se observó que de los 200 fisioterapeutas, solo 184 completaron y devolvieron los cuestionarios siendo en su mayoría mujeres y teniendo más de la mitad de los participantes más de 10 años de experiencia clínica; la mayoría estuvo de acuerdo con la aplicación de la PBE y lo necesaria que es su práctica, pudiendo mejorar la calidad de la atención y toma de decisiones, mostrando interés en aprender y mejorar sus habilidades; también se pudo asociar la educación, el entorno laboral y el área de especialidad con la formación académica y su conocimiento y habilidades con el acceso e interpretación de la información; casi 59% calificaron la falta de tiempo como la mayor barrera, siendo para el 70% la primera de las 3 principales barreras. Además, se reveló que el 80% de los directores habían oído hablar de la PBE y todos mostraron disposición para adoptarla en su práctica (21).

Cobo V, De Oliveira I, Moposita L. Práctica clínica de fisioterapia basada en evidencias en el servicio público de salud en Ecuador. 2018.

Cobo et al tuvieron como objetivo determinar si la fisioterapia basada en la evidencia se estaba aplicando en los departamentos públicos de fisioterapia y rehabilitación física en Ecuador. Se aplicó un cuestionario diseñado y validado a 67 fisioterapeutas que laboran en el servicio público en algunas de las provincias del país, el cuestionario evaluaba las actitudes y creencias, investigación, conocimiento, habilidades y comportamientos. En los resultados se observó que los profesionales de fisioterapia expresaron actitud positiva frente a la PBE. Se consideraron como principales barreras la falta de formación investigadora en pregrado y disponibilidad insuficiente de buena evidencia en su idioma nativo; el 65,67% está de acuerdo que es necesario implementar la PBE en el entorno clínico, aunque demanda mucho tiempo. Se llegó a la conclusión que se mostró una actitud positiva e interés, aunque no hay mucho conocimiento sobre la aplicación de la PBE en el día a día (22).

Adriazola J, Cocio N, Arteaga R. Práctica Basada en la Evidencia en el ejercicio profesional de los Kinesiólogos pertenecientes al Servicio de Salud Valdivia, Chile. 2018.

Adriazola et al tuvieron como objetivo describir las actitudes, creencias, conocimientos, habilidades y acceso frente a la PBE de los Kinesiólogos pertenecientes a la Red Asistencial del Servicio de Salud de Valdivia. Para este estudio fueron excluidos los profesionales que no ejerzan actividades asistenciales, como labores de tipo administrativas. Se utilizó un cuestionario que fue enviado a 71 kinesiólogos, de los cuales sólo respondieron 52 siendo hombres en su mayoría con un rango de 20 - 29 años de edad. Dentro de los resultados se observó que el 73,1% estuvieron de acuerdo en la necesidad e importancia en el ejercicio de la kinesiología y el 50% estaban de acuerdo en su práctica clínica diaria, y la mayoría refirió estar de acuerdo con que la PBE mejora la calidad de atención de los pacientes; en cuanto a las habilidades y conocimiento que tienen los kinesiólogos encuestados, el 46,15% está de

acuerdo con que aprendieron los fundamentos de la PBE como parte de su formación de pregrado; el 82,6% de los encuestados considera que es capaz de acceder a estas guías de práctica clínica que se encuentran On line pero el 84,6% plantea que no tiene acceso a investigaciones actuales a través de revistas profesionales en formato papel. Se concluyó que los kinesiólogos muestran interés en incrementar y /o incorporar tanto el uso de la PBE como las habilidades relacionadas con esta, en el ejercicio laboral (23).

H. Yahui, M. Swaminathan. Conocimientos, actitudes y barreras hacia la práctica basada en la evidencia entre fisioterapeutas en Malasia. 2017.

Este estudio tuvo como objetivo identificar el conocimiento, la actitud y las barreras hacia la implementación de la PBE entre los fisioterapeutas en Malasia. Se realizó una encuesta entre los miembros de la Asociación de Fisioterapia de Malasia y otros terapeutas de Malasia, en total 102 personas completaron la encuesta, entre los 25 a 34 años; el cuestionario constituía en 2 partes, la primera sobre los datos sociodemográficos y la segunda relacionada con los conocimientos sobre la PBE, la recuperación de literatura y las habilidades de evaluación crítica, además de las actitudes y barreras hacia la PBE. Dentro de los resultados, el 72,5% tenía la confianza en sus habilidades de búsqueda, el 66,7% expresó interés en utilizar la evidencia en su práctica clínica y el 95,1% notó que la PBE es de importancia en la toma de decisiones clínicas; se consideró como barrera principal el tiempo insuficiente seguido de un acceso limitado a los motores de búsqueda, además de a falta de habilidades e interés en la investigación. Se llegó a la conclusión de que los fisioterapeutas en Malasia presentan un buen conocimiento sobre la PBE y demuestran una buena actitud a su implementación, indicando interés en adoptarlo a su entorno clínico (24).

Alsherhri M, Alalawi A, Alhasan H, Stokes E. Comportamiento, actitudes, conciencia, conocimiento y barreras de los fisioterapeutas en relación con la implementación de la práctica basada en la evidencia en Arabia Saudita: un estudio transversal. 2017.

Alsherhri et al tuvieron como objetivo investigar el comportamiento, las actitudes, la conciencia y el conocimiento de los fisioterapeutas sobre la PBE, junto con las barreras que frenan la implementación de la PBE. Se utilizó una encuesta que constaba de 14 preguntas a fisioterapeutas clínicos y académicos en Arabia Saudita. Participaron 604 fisioterapeutas, de los cuales solo 385 proporcionaron datos completos, siendo 9 estudiantes de pregrado, excluyendo sus respuestas, teniendo al final 376 participantes, la mayoría eran hombres con licenciatura. Dentro de los resultados, la mayoría presentó una actitud positiva frente al uso de la PBE, aunque hubo muchos quienes no estaban familiarizados con los términos y la implementación; la barrera más importante para la implementación de la PBE fue la insuficiente enseñanza en la educación anterior, seguido de la falta de conocimientos y habilidades de investigación. Se concluyó que debido a que no tenían formación formal en PBE, existe la necesidad de integrar conceptos relacionados con PBE en el plan de estudios de pregrado y posgrado (25).

Ramírez R, Correa J, Muñoz D et al. Práctica basada en la evidencia: creencias, actitudes, conocimientos y habilidades entre fisioterapeutas colombianos. 2015.

Este estudio tuvo como objetivo describir las creencias y actitudes de un grupo de fisioterapeutas colombianos hacia la PBE, su educación, conocimientos y habilidades para implementar la PBE, el uso de literatura relevante en la práctica clínica, acceso y disponibilidad de información científica y barreras percibidas para incluir la PBE en la práctica. Se incluyeron fisioterapeutas graduados de 9 ciudades de Colombia, los cuales debían tener una licenciatura en fisioterapia y dar su consentimiento de participación. Se hizo uso de una encuesta, a 1064 fisioterapeutas, que se estructuró en subdimensiones a través de una serie de ítems que agrupaban y recolectaban información. En los resultados se observó que la mayoría eran mujeres entre los 20 y 29 años y el 71% estaba de acuerdo en que es necesario aplicar en el día a día en la práctica clínica y en que la evidencia ayuda en la toma de decisiones clínicas; el 64,1% consideró que la PBE mejora la calidad de vida y la atención a los pacientes; los fisioterapeutas manifestaron tener

actitudes y creencias positivas hacia la PBE. Se llegó a la conclusión de que los fisioterapeutas estaban interesados en aprender o mejorar sus habilidades para adoptar la PBE (26).

2.2. Marco teórico

2.2.1. FISIOTERAPIA BASADA EN LA EVIDENCIA

2.2.1.1. Definición

La práctica basada en la evidencia (PBE) se define como *“la integración de la mejor evidencia de la investigación con la experiencia clínica y las circunstancias y valores de los pacientes”*

La PBE utiliza el método científico para organizar y aplicar datos actuales para mejorar las decisiones de atención en salud. Por lo tanto, la mejor ciencia disponible se combina con la experiencia clínica del profesional de la salud y los valores del paciente para llegar a la mejor decisión médica para el paciente.

2.2.1.2. Historia de la Fisioterapia Basada en la Evidencia

El término "medicina basada en la evidencia" fue por primera vez introducido en el año 1992 por un equipo de la Universidad McMaster, Canadá, dirigido por Gordon Guyatt. Con el fin de mejorar la efectividad de la atención proporcionada a los pacientes, produjeron una serie de guías para ayudar a las personas que enseñan medicina a introducir los conocimientos de encontrar, evaluar y usar evidencia de alta calidad.

En algunos países se ha notado una creciente preocupación por el hecho de que la brecha entre la investigación y la práctica era demasiado grande. Por ejemplo, el Director de Investigación y Desarrollo del Departamento de Salud de Inglaterra, en el año 1991, señaló: "las opiniones fuertemente arraigadas basadas en creencias más que en información sólida todavía ejercen demasiada influencia en la atención médica".

A pesar de que la evidencia mostraba potencial, la investigación de alta calidad, no estaba siendo utilizada. Por

ejemplo, en el año 1980 se podía encontrar suficientes estudios que demostraban que la terapia trombolítica (prescripción de fármacos anticoagulantes) aplicada a las personas que habían sufrido ataques cardíacos podían reducir de manera significativa la mortalidad. Pero en la década de 1990, todavía no se recomendaba como tratamiento de rutina, excepto en una minoría de libros de texto médicos.

De igual manera, los médicos seguían recomendando que los pacientes guarden reposo frente al dolor lumbar agudo, a pesar de que existe evidencia de alta calidad que mostraba su ineficacia.

El rápido aumento de la literatura fue otro impulsor. Se estaban produciendo nuevas investigaciones con demasiada rapidez para que los médicos pudieran afrontarlas, reconociéndose que gran parte de las publicaciones eran de mala calidad. Y los médicos tenían la necesidad diaria de contar con información confiable sobre diagnóstico, pronóstico, terapia y prevención.

El desarrollo de revisiones sistemáticas o resúmenes desarrollados sistemáticamente de evidencia de alta calidad, fue una forma de poder abordar el aumento de la literatura. En el año 1992 se estableció la Colaboración Cochrane; cuyo propósito es el desarrollo de revisiones sistemáticas de alta calidad, que actualmente son llevados a cabo a través de 50 Grupos de Revisión Cochrane, respaldados por 12 Centros Cochrane de todo el mundo, teniendo gran impacto en lograr la accesibilidad de la evidencia de alta calidad para un gran número de personas.

El Departamento de Epidemiología de la Universidad de Maastricht en los Países Bajos, fue uno de los primeros impulsores de la FBE, desde principios de la década de 1990, ha formado a varias "generaciones" de excelentes

investigadores que han producido un enorme volumen de investigación clínica de alta calidad relacionada con la fisioterapia. En 1998, se publicó el libro Atención médica basada en la evidencia: una guía práctica para terapeutas, que proporciona un texto básico para ayudar a los terapeutas a comprender qué era la práctica basada en la evidencia y qué significaba en relación con su práctica clínica. Y desde 1999, PEDro, una base de datos de ensayos aleatorios, ha brindado a los fisioterapeutas mejor accesibilidad a evidencia de alta calidad sobre los efectos de la intervención.

Ahora, todos los fisioterapeutas han oído hablar de la práctica basada en la evidencia, y esta, ha iniciado mucha discusión y también cierto escepticismo, ya que algunos profesionales sienten que este concepto amenaza la importancia de sus habilidades, la experiencia generada y el conocimiento práctico y la preeminencia de la interacción con pacientes.

2.2.1.3. Pasos de la Fisioterapia Basada en la Evidencia

Hay 5 pasos principales para aplicar la FBE a la práctica clínica

- **Paso 1:** Convertir las necesidades de información en preguntas que se puedan responder.
- **Paso 2:** Buscar la mejor evidencia con la que responder esas preguntas.
- **Paso 3:** Evaluar críticamente la evidencia para determinar su validez, impacto y aplicabilidad.
- **Paso 4:** Integrar la evidencia con la experiencia clínica y con las biología, valores y circunstancias únicos de los pacientes.
- **Paso 5:** Evaluar la efectividad y eficiencia en la ejecución de los pasos 1 a 4 y buscar formas de mejorarlos para la próxima vez.

2.2.1.4. Niveles de evidencia científica

La evidencia comúnmente se divide en seis niveles diferentes:

- **Nivel IA:** es la evidencia que se obtiene de un metaanálisis de ensayos aleatorios múltiples, realizados y diseñado de manera correcta. Los ensayos aleatorios brindan algunas de las pruebas clínicas más sólidas y, si se repiten y los resultados se combinan en un metaanálisis, se supone que los resultados generales son aún más sólidos.
- **Nivel IB:** evidencia obtenida de un único ensayo controlado aleatorio bien realizado y bien diseñado. Al realizarse de esta manera es un estándar de oro para la medicina clínica.
- **Nivel IIA:** evidencia de al menos un estudio controlado no aleatorizado bien diseñado y ejecutado. Al no ocurrir la aleatorización, puede haber más sesgo introducido en el estudio.
- **Nivel IIB:** evidencia de al menos un estudio de cohortes o de casos y controles bien diseñado. No todas las cuestiones clínicas pueden estudiarse de forma eficaz o ética con un estudio controlado aleatorio.
- **Nivel III:** es la evidencia obtenida de al menos un estudio no experimental. Normalmente, la evidencia de nivel III incluiría series de casos, así como estudios de cohortes o de casos y controles no bien diseñados.
- **Nivel IV:** Se basa en las opiniones de expertos y de autoridades respetadas en el tema basadas en su experiencia clínica.

2.2.1.5. Tipos de estudios

Observación clínica:

Parte de la práctica de la fisioterapia se ha basado en la observación clínica, siendo complementada por algunos fisioterapeutas con medidas cuidadosas de los resultados utilizando herramientas de medición validadas. Con el tiempo, se acumulan gran número de observaciones y estas generan "Conocimiento práctico" o "conocimiento artesanal profesional" y este conocimiento puede ser compartido con aquellos fisioterapeutas menos experimentados mediante la práctica, conferencias o talleres.

La forma más sencilla de interpretar el resultado de las observaciones es mediante el efecto de la intervención, si la condición de la mayoría de los pacientes mejora entonces, de acuerdo con esta interpretación, la intervención debe ser eficaz, de la misma forma en caso de que la intervención sea diseñada para evitar efectos adversos. Suelen ser factores distintos a la intervención fisioterapéutica los determinantes del resultado; por eso es incorrecto interpretar las observaciones clínicas de buenos resultados de la intervención como evidencia de un efecto beneficioso y es muy común que los pacientes interpreten su mejoría con la efectividad de la intervención y si no presentan mejoría se sienten insatisfechos.

Cuando las condiciones se resuelven sin intervención, se le conoce como recuperación natural, la cual es una fuente importante de confusión. En la determinación de los efectos de la intervención, las observaciones clínicas no siempre son útiles, debido a que puede ser difícil determinar qué parte de la mejora fue debido a la intervención y lo que hubiera sucedido sin la intervención, en el curso de la práctica clínica habitual. Otro factor de confusión se da cuando los resultados son proporcionados por los pacientes y no directamente por el fisioterapeuta, ya que los resultados de los pacientes pueden ser distorsionados; la cortesía o el sentido de obligación puede

hacer que algunos pacientes informen mejoras que no han ocurrido o exagerarlas. Un factor de confusión estrechamente relacionado es el efecto placebo, es ampliamente creído que los efectos placebo contribuyen sustancialmente a los beneficios de la mayoría de las intervenciones.

Investigación clínica:

A comparación de la observación clínica o las teorías sobre mecanismos, la investigación clínica proporciona potencialmente una mejor fuente de información sobre los efectos de una intervención. La investigación clínica de alta calidad puede controlar gran parte del sesgo asociado con interpretaciones simplistas de observaciones clínicas y puede proporcionarnos información imparcial con estimaciones del tamaño de los efectos de la intervención, por lo que potencialmente nos proporciona la mejor manera de evaluar eficacia de las intervenciones.

Lamentablemente, la mayor parte de la investigación clínica no es de gran calidad. Invariablemente se han encontrado, mediante encuestas de calidad metodológica de la investigación clínica, que la mayoría de las publicaciones de investigación no cumplen con los requisitos básicos de un buen diseño de investigación. Lectores que tienen la capacidad de discriminar entre estudios de alta calidad y de baja calidad, deben ser más capaces de dar sentido a la literatura, y deberían ser más capaces de discernir los verdaderos efectos de intervenciones. La capacidad de discriminar entre investigación clínica de baja calidad y de alta calidad es un prerrequisito de la base empírica.

a. Estudio de casos y controles

Los estudios más simples implican evaluar a los pacientes que se presentan con condición de interés, aplicando la

intervención, y determinar si, en promedio, la condición de los pacientes mejora, siendo denominados a veces “casos series”.

La interpretación simplista a menudo aplicada por autores de tales estudios es que si, en promedio, los pacientes mejoran, la intervención es, en promedio, eficaz. Estos estudios muy simples solo involucran sistemas de registro de la práctica clínica habitual y la acumulación de observaciones. Son propensos al sesgo, como cualquier observación clínica de los efectos de la intervención, porque los factores extraños, diferentes del tratamiento, pueden disfrazar como eficaz al tratamiento, por lo tanto, proporcionan una evidencia muy débil de la efectividad de la intervención.

Estudios más sofisticados comparan resultados en personas que reciben y no reciben la intervención. En tales estudios, la atención se centra en si las personas que reciben la intervención tienen mejores resultados que los pacientes que no reciben la intervención; por esto se cree que proporciona un mejor “control” del sesgo que el caso serie, por lo que estos estudios se denominan ensayos controlados, ya que, en los ensayos controlados, ambos grupos experimentan una recuperación natural y regresión estadística. Como estas fuentes del sesgo han sido controladas, es más razonable atribuir diferencias entre los resultados de los grupos de la intervención.

Se puede diferenciar tres tipos de estudios controlados que distinguen la naturaleza de la intervención y el control:

- Un grupo recibe intervención y el otro grupo no recibe ninguna intervención.

- Un grupo recibe la intervención estándar y el otro recibe la intervención estándar más una nueva intervención.
- Un grupo recibe una intervención particular y el otro recibe una intervención diferente

Las diferencias entre los resultados de los grupos se atribuyen a las diferencias en las intervenciones que reciben, siendo esta una característica en común de los tres tipos de diseño. El primer tipo de estudio habla de los efectos de una intervención por encima de ninguna intervención, el segundo tipo trata sobre si existe algún beneficio en agregar la nueva intervención a la intervención estándar y el tercero es sobre cuál de las dos intervenciones realizadas resulta ser más eficaz.

Solo se puede suponer que los estudios controlados proporcionan estimaciones de los efectos de la intervención si los dos grupos son comparables.

En muchos estudios, los grupos se seleccionan por sí mismos, conocido como la agrupación natural, sin la intervención del investigador. En general, cuando los grupos se autoseleccionan, los grupos no tienen características idénticas; si esas características están relacionadas con el resultado, los grupos no serán comparables. En consecuencia, con ensayos controlados en que los sujetos autoseleccionan grupos son particularmente propensos al sesgo de asignación.

b. Estudio de cohorte

Si las cohortes se identifican antes de los datos de seguimiento se obtienen (es decir, si los sujetos se siguen adelante en el tiempo) entonces el estudio es un "estudio de cohorte prospectivo". Este tipo de estudios son una

fueron particularmente útiles de información sobre pronóstico.

Existen otros tipos de estudios de cohorte, en los cuales los datos de seguimiento son obtenidos antes de que se haya identificado la cohorte. En el que el investigador puede obtener datos de seguimiento que ya existían en la identificación de la cohorte; denominándose “Estudios de cohortes retrospectivos”. Por ejemplo, los datos de los resultados se recopilaron en el curso de la atención clínica de rutina y se archivaron en registros médicos antes de que el investigador iniciara el estudio. En ese caso, el investigador puede extraer dichos datos. A veces, los estudios de cohortes retrospectivos también pueden proporcionarnos datos pronósticos útiles.

c. Ensayos clínicos aleatorizados

En este tipo de ensayo, los participantes aceptan ser asignados a la intervención o al grupo control. Luego un proceso aleatorio asigna cada tema a los grupos.

Cuando muchos sujetos se asignan al azar a los grupos se puede esperar que los grupos sean comparables, esto quiere decir que se puede esperar que los grupos tengan resultados similares si fueran tratados en una forma similar, de esta manera se puede decir que con la aleatorización se protege contra el sesgo de asignación y se previene la confusión de los efectos de la intervención.

Si bien la aleatorización asegura que los grupos parábola, no sean idénticos, se puede subestimar o sobreestimar el verdadero efecto de la intervención; aquí radica otro importante beneficio de la aleatorización: los procesos aleatorios pueden ser modelado matemáticamente, siendo

posible determinar cuánta incertidumbre hay asociada con estimaciones de la magnitud de los efectos de intervención

La aleatorización produce la expectativa de grupos comparables. Por lo tanto, los ensayos aleatorios proveen la única forma de obtener estimaciones de los efectos de intervenciones que se puede esperar que sean imparciales. Por esta razón, deberíamos buscar ensayos aleatorizados para obtener evidencia de los efectos de la intervención.

Cuando los participantes son asignados al azar a un grupo de tratamiento o control y los resultados son medidos al final, son los diseños más simples. Existen los casos en los que las mediciones se realizan al comienzo y al final del periodo de intervención, o en diferentes momentos durante y después de la intervención.

Los derechos, la dignidad y el bienestar de las personas que participan en la investigación deben estar salvaguardados mediante un sistema; siendo el mecanismo más común un Comité de Ética en Investigación (REC) dentro del centro de atención médica o el hospital; los miembros que conforman este comité suelen incluir a pacientes y miembros del público, así como a profesionales de la salud, académicos y personas con conocimientos éticos específicos.

En ocasiones, los grupos de un ensayo clínico se denominan "brazos". Por tanto, un ensayo clínico que compare tres grupos podría ser llamado juicio de tres brazos. En los ensayos cruzados aleatorios, todos los sujetos reciben tanto el tratamiento como las condiciones de control al azar. En algunos tipos de ensayos (ensayos aleatorizados por grupos), pequeños grupos de sujetos en

lugar de sujetos individuales, se asignan aleatoriamente para intervenir condiciones de control.

Revisiones sistemáticas

Se puede brindar una evidencia sólida de los efectos de una intervención mediante un ensayo aleatorizado bien diseñado; entonces, resulta ser reconfortante cuando gran cantidad de ensayos han investigados los efectos de una misma intervención y proporcionan datos que apoyan la misma conclusión, conociéndose así que los resultados son “sólidos”. Caso contrario cuando varios de estos ensayos producen datos que apoyan distintas conclusiones, considerándose los hallazgos menos convincentes.

Una de las razones por las que se considera mejor, en la medida posible, utilizar reseñas de varios ensayos; ya que la evidencia combinada brindada por varios ensayos, proporciona una imagen más concreta de los efectos de una intervención que cualquier otro ensayo individual.

Las revisiones de la literatura tienen a su disposición todos los datos de todos los ensayos que revisan. Siendo éstas más precisas a raíz de la obtención de más datos, proporcionando estimaciones cada vez más precisas de la magnitud de los efectos de la terapia realizada en la intervención.

Podemos distinguir dos tipos de revisión. El tipo de revisión tradicional, también conocida como “revisión narrativa”, es cuando un experto en el tema encuentra estudios relevantes y escribe una síntesis de la información que pueden brindar estos estudios. Siendo llamativas este tipo de reseñas para los lectores que a menudo resumen una vasta literatura. Sin embargo, las revisiones narrativas han caído en desgracia debido a las preocupaciones sobre el sesgo.

Una característica de las revisiones narrativas: el proceso de las revisiones narrativas suele ser inescrutable. La inescrutabilidad del proceso de revisión y la inconsistencia de las conclusiones de la revisión llevaron a una crisis de confianza. Los metodólogos comenzaron a buscar alternativas a las revisiones narrativas. En un corto espacio de tiempo, a fines de la década de 1970 y principios de la de 1980, se produjo un rápido desarrollo de nuevos métodos para realizar revisiones. El nuevo enfoque para la realización de revisiones se denomina "revisión sistemática", el objetivo es hacer que la metodología de la revisión sea transparente para el lector y minimizar las posibles fuentes de sesgo. Las revisiones sistemáticas se llevan a cabo a raíz de una metodología explícita y sistemática, tal cual lo indica su nombre.

Generalmente, las revisiones sistemáticas son fáciles de reconocer, ya que, a diferencia de las revisiones narrativas, existe una sección que describe los métodos que han sido utilizados para realizar dicha revisión sistemática. Normalmente en la sección "Métodos" se describe la pregunta de revisión precisa y describe todos los criterios usados para la selección de los estudios que han sido incluidos en la revisión y también los métodos usados para la evaluación de calidad de estos estudios, la extracción de datos y la síntesis de los resultados. Los ensayos aleatorizados son considerados como los mejores estudios de los efectos de las intervenciones, por ese motivo la gran mayoría (no en su totalidad) las revisiones sistemáticas de los efectos de una intervención se realizan en base solo a los ensayos aleatorizados.

Las revisiones sistemáticas de alta calidad proporcionan perspectivas generales, transparentes y mínimamente sesgadas de la investigación. Siendo considerados a menudo como la

mejor fuente de información sobre los efectos de las intervenciones.

La Colaboración Cochrane es una red internacional de investigaciones que se dedica a producir revisiones sistemáticas de los efectos de las intervenciones realizadas en todas las áreas de atención médica; siendo considerada como una fuente particularmente importante de revisiones sistemáticas de los efectos de intervenciones en el sector salud.

a. Meta – análisis

Existe cierta fragilidad en la terminología usada para describir las revisiones sistemáticas. Las primeras revisiones sistemáticas se denominaron "metanálisis". Pero, al pasar el tiempo, este término pasó a significar una clase de métodos estadísticos utilizados en revisiones sistemáticas. Actualmente, el término metanálisis suele reservarse para describir ciertos métodos estadísticos, y el término ya no se usa como sinónimo de revisiones sistemáticas.

b. Revisión sistemática

Una preocupación con las revisiones sistemáticas es que, por lo general, se realizan de forma retrospectiva. Es decir, la revisión generalmente se diseña y se realiza después de que se hayan realizado la mayoría de los ensayos relevantes. Es posible que, en estos casos, el previo conocimiento de los revisores de los ensayos, antes de diseñarla, llegue a influir en los criterios que se usó para la selección de los estudios para la inclusión en la revisión, la evaluación de la calidad y la extracción de datos; en estos casos se ha diseñado un nuevo tipo de revisión sistemática, conocida como revisión sistemática prospectiva, para así poder controlar el sesgo. Como sugiere su nombre, las

revisiones prospectivas se diseñan antes de la finalización de los ensayos que revisan. Asegurándose así que el diseño de la revisión no se vea repercutido por el previo conocimiento de los resultados de los ensayos. Desgraciadamente, este tipo de revisiones sistemáticas suelen ser complicadas de realizar y suelen tardar muchos años en completarse, por lo que son extrañas.

2.2.1.6. Guías de práctica clínica

El manejo de la condición de un paciente en particular puede requerir información sobre el diagnóstico, el pronóstico, los efectos de la terapia y las actitudes. Al necesitarse mucho tiempo para explorar la evidencia relacionada con cada aspecto del manejo de cada problema clínico por separado, las guías clínicas ofrecen una alternativa eficaz, ya que proporcionan una única fuente de información sobre el manejo de las condiciones clínicas. Estas guías basadas en la evidencia incorporan la investigación clínica de alta calidad con la colaboración de expertos clínicos y pacientes, con la finalidad de formular recomendaciones confiables para la práctica. Cuando hay problemas de práctica importantes para el tema de la guía para los cuales hay poca o ninguna evidencia, se lleva a cabo un proceso riguroso y sistemático para llegar a un consenso sobre las mejores prácticas.

La finalidad es proporcionar un recurso listo para utilizar de información de alta calidad tanto para el médico como para el paciente, para que puedan discutir juntos las distintas opciones de tratamiento y los diferentes grados de beneficios o riesgos que las intervenciones pueden tener para ese paciente. Luego, se puede tomar una decisión compartida e informada sobre cómo proceder con el tratamiento.

Diferencias entre revisiones sistemáticas y guías clínicas

Revisiones sistemáticas	Guías clínicas
Es probable que la atención se centre en una sola pregunta clínica, o un aspecto limitado de la atención al paciente.	Por lo general, cubre todo el proceso de manejo de la enfermedad, con muchas preguntas clínicas, por lo que puede requerir una serie de revisiones sistemáticas.
Es probable que lo desarrolle un grupo reducido de investigadores.	Desarrollado por una amplia variedad de partes interesadas: pacientes, expertos clínicos, investigadores, grupos profesionales.
Las conclusiones de la revisión se basan solamente en los resultados de la investigación clínica de alta calidad.	Las conclusiones (recomendaciones) se basan en una síntesis compleja de investigación clínica de alta calidad, pero también en la opinión de expertos, la experiencia del paciente y las opiniones de consenso.
Los pacientes tienen un rol limitado o ningún papel en la producción de la revisión. En raras ocasiones, los pacientes pueden participar en la formulación de las preguntas de revisión y ayudar con la evaluación e interpretación de la evidencia.	Los pacientes tienen un papel importante en la realización de las guías. Pueden participar en la formulación de preguntas, la interpretación de la evidencia y, con el resto del grupo de desarrollo de la guía, emitir juicios sobre la información de los pacientes y los profesionales de la salud.
La validez de las conclusiones depende del rigor metodológico.	La validez de las conclusiones (recomendaciones) depende del rigor metodológico y juicios llevados a cabo por el grupo de desarrollo de la guía.
Se puede desarrollar con relativa velocidad (la evidencia puede ser muy actual).	Tarda más en desarrollarse (riesgo de que la evidencia esté desactualizada en el momento de la publicación)
Normalmente se publica como un informe técnico para profesionales de la salud.	A menudo se producen versiones para pacientes, además de una publicación para profesionales de la salud.

A algunas personas les causa preocupación que las pautas clínicas, debido a que incluyen recomendaciones para la práctica, se conviertan en recetas para el cuidado de la salud y que quiten la autonomía del médico individual para tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento. Pero las guías clínicas no están ahí para ser implementadas servilmente sin pensar en las implicaciones de las recomendaciones para pacientes individuales. Puede ser que el paciente tenga una comorbilidad o una situación social que haga que las recomendaciones no sean aplicables en esas circunstancias, o que, aunque el paciente tenga conocimiento de la evidencia descrita en la guía, su preferencia sea por un enfoque diferente o un tratamiento específico. El paciente tiene derecho a tomar tales decisiones y es responsabilidad del fisioterapeuta facilitar esas decisiones proporcionando información relevante, precisa y accesible. Se puede esperar de manera razonable que las recomendaciones de una guía que está basada en evidencia de alta calidad, se implementen, a menos que exista alguna razón por parte del paciente para no llevarlo a cabo. Esto quiere decir, que la implementación de las guías clínicas no es de carácter obligatorio, por lo tanto, esta decisión de no implementar las recomendaciones de las guías debería ser justificada.

Las principales bases de datos como lo son MEDLINE, Embase y CINAHL, brindan de manera deficiente una forma de encontrar las guías de práctica, ya que solo una minoría de estas son publicadas en revistas. La base de datos más completa de pautas de práctica basadas en la evidencia relevantes para la fisioterapia es PEDro. En el momento de redactar este artículo, hay 725 guías clínicas basadas en evidencia en la base de datos. Para encontrar pautas de práctica clínica en PEDro, se comienza utilizando la opción de

Búsqueda avanzada y luego seleccione Pautas clínicas en el menú desplegable del campo "Métodos". Puede añadir términos de búsqueda adicionales y combinarlos con Y u O para pulir su búsqueda. Con el aumento del número de guías clínicas realizadas por diferentes organizaciones tanto internacionales, nacionales y locales, es relevante que los fisioterapeutas puedan distinguir entre guías clínicas de alta y baja calidad.

Las guías clínicas de alta calidad se realizan en base de revisiones sistemáticas actualizadas y de alta calidad. Estas deben informar de manera explícita la "calidad de las pruebas" o los "niveles de las pruebas" en las que se basan las recomendaciones. Casi todos los sistemas utilizados para describir la calidad o los niveles de evidencia presumen que existe una "jerarquía" de evidencia.

Las guías deben ir un paso más allá que las revisiones sistemáticas: en lugar de simplemente resumir la evidencia, las guías también deben hacer recomendaciones para la práctica. Dificultando el desarrollo de las directrices, pero también es lo que las vuelve importantes. Por consecuencia, los lectores de las guías de práctica clínica no solo deben preocuparse por la calidad de la evidencia, sino también por la solidez de las recomendaciones que se pueden hacer sobre la base de la evidencia. La totalidad de recomendaciones para la práctica no solo implica la consideración de la evidencia de la investigación, sino también implica la consideración de la compensación entre beneficio y daño. Lo cual implica de manera inevitable asignar, implícita o explícitamente, un valor relativo a cada uno de los resultados. Requiere que se emitan juicios sobre lo que realmente significa la evidencia para los pacientes. Los resultados de tales juicios deben luego traducirse en recomendaciones significativas para la práctica.

Por último, los usuarios de las pautas deben saber cuánta confianza deben poner en una recomendación, debido a que cada recomendación debe ir acompañada de una indicación de la fuerza de la recomendación.

En el 2004 el Grupo de Trabajo GRADE sugiere que las recomendaciones deben considerar principalmente cuatro factores:

- La armonía entre los beneficios y los daños, teniendo en cuenta el tamaño estimado del efecto para los resultados principales, los límites de confianza en torno a esas estimaciones y el valor relativo asignado a cada resultado.
- La calidad de la evidencia.
- Traducción de la evidencia a la práctica en un entorno específico, Fisioterapia basada en evidencias prácticas.
- Incertidumbre sobre el riesgo de referencia para la población.

Con base en estos cuatro criterios, se sugieren las siguientes categorías de recomendaciones:

- "Hazlo" o "No lo hagas", que indica "un juicio que haría la mayoría de las personas bien informadas".
- "Probablemente lo haga" o "Probablemente no lo haga", que indica "Un juicio que haría una mayoría de personas bien informadas, pero una minoría sustancial no lo haría".

Existen guías clínicas que incluyen sistemas que califican la fuerza de las recomendaciones. El uso del GRADE para calificar la solidez de las recomendaciones es cada vez más común entre organizaciones e instituciones, tales como el

Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica; sin embargo, algunas pautas definen una recomendación de “Grado A”, como aquel que se basa en por lo menos un ensayo controlado aleatorio, mientras que una de “Grado C” es a base de la opinión de expertos o de la experiencia clínica.

La guía debe considerar explícitamente los beneficios para la salud, los efectos secundarios y los riesgos de las recomendaciones. Esto permite que los pacientes y los fisioterapeutas comprendan los beneficios y riesgos relativos de las diferentes opciones de intervención, de modo que se puedan tomar decisiones compartidas. También debe haber una descripción clara y detallada de las preguntas clínicas cubiertas por la guía, así como una descripción clara de la población a la que se aplican las recomendaciones de la guía. Los lectores de las guías deben estar convencidos de que el proceso de formulación de las recomendaciones descrito en la guía es transparente y está libre de sesgos.

Como conclusión, las guías clínicas de alta calidad brindan un recurso valioso para la práctica en forma de recomendaciones para la práctica basadas en una revisión sistemática de la evidencia integrada con información de un proceso de consenso y juicio de expertos.

2.2.1.7. Bases de datos

PEDro es una base de datos, se encuentra ensayos aleatorizados, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica basada en evidencia en fisioterapia; es el primer lugar al cual acudir si se busca pruebas de los efectos de las intervenciones. Además, proporciona información del paciente basándose en la evidencia en un subsitio llamado Physiotherapy Choices. El sitio web se ha traducido en su mayor parte al chino, portugués, francés y alemán. Ofreciendo

dos funciones de búsqueda: búsqueda simple y búsqueda avanzada, siendo las partes más útiles del sitio web ubicadas en la esquina superior del lado izquierdo del inicio de la página.

Cochrane Library es un recurso notable. Es una colección de bases de datos, de las cuales las más importantes son la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (CDSR), la Base de Datos de Resúmenes de Revisiones de Efectos (DARE), el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL) y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Base de datos (HTA). Esta base de datos incluye el texto completo de todas las revisiones sistemáticas realizadas por la Cochrane Collaboration y se actualiza cada mes. DARE y HTA, son elaborados por el Center for Reviews and Dissemination de la Universidad de York. DARE cuenta con resúmenes estructurados de revisiones sistemáticas publicadas en la literatura médica, cada resumen contiene un comentario que indica la calidad de la revisión. HTA contiene resúmenes descriptivos de evaluaciones de tecnología sanitaria, incluidas revisiones sistemáticas y evaluaciones económicas. CENTRAL es indiscutiblemente la base de datos de ensayos clínicos más grande del mundo, contiene detalles bibliográficos de más de 600 000 ensayos clínicos, la mayoría de los ensayos aleatorizados y las revisiones sistemáticas relevantes para la fisioterapia de la Cochrane Library también están indexados en PEDro.

MEDLINE es la base de datos más grande de la literatura médica. Archiva alrededor de 16 millones de registros de más de 3900 revistas publicadas desde el año 1948. Están indexadas cuatro de las cinco revistas principales identificadas por Maher et al como revistas centrales de fisioterapia, sin embargo, cuenta con otras pocas revistas específicas de

fisioterapia. Actualmente es probable que indexe solo una pequeña parte de todos los estudios sobre pronóstico y pruebas de diagnóstico relevantes para la fisioterapia. Una de las mejores características de MEDLINE es que está disponible gratuitamente en la web, donde se llama PubMed.

Embase es casi tan grande como MEDLINE. Cuenta con alrededor de 12 millones de registros publicados desde el año 1974 en alrededor de 7000 revistas. Sorprendentemente, hay poca superposición entre Embase y MEDLINE. Sin embargo, Embase tiene aproximadamente la misma cobertura de revistas específicas de fisioterapia que MEDLINE; indexa 4 de 5 revistas centrales exclusivamente de fisioterapia. La mayor limitación es que solo está disponible mediante suscripción.

CINAHL es la más pequeña de las cuatro bases de datos. Cuenta con aproximadamente 2 millones de registros publicados desde el año 1981 en aproximadamente 4300 revistas. Aunque es más pequeño, es "más rico" porque contiene muchas mejoras, incluido el texto completo de los artículos y otros materiales, como guías de práctica clínica, comentarios, reseñas de libros y educación del paciente. La mayor fortaleza de CINAHL, al menos desde la perspectiva de un fisioterapeuta, es que tiene un enfoque específico en enfermería y revistas de salud afines. Desafortunadamente, CINAHL, como Embase, solo está disponible mediante suscripción.

2.2.1.8. Limitaciones a la PBE

La PBE cuenta con diversas limitaciones como, por ejemplo:

- a. El sesgo de publicación:** La medicina basada en evidencias se fundamenta en resultados publicados, dando más peso a las evidencias de clase I y II. Muchos estudios han demostrado que es más probable que se publiquen los

resultados positivos que los negativos, lo cual conduce a un sesgo de publicación de estudios de resultados positivos que puede sesgar la evidencia disponible. Además, es más probable que los estudios financiados por empresas se publiquen para impulsar el uso del medicamento o dispositivo estudiado, lo que también puede sesgar la evidencia disponible.

- b. Sesgo de ensayo controlado y aleatorizado:** La medicina basada en evidencias otorga el mayor peso a los ensayos controlados aleatorios. Aunque estos ensayos controlados aleatorios pueden proporcionar pruebas sólidas, es posible que un ensayo controlado aleatorio no siempre sea posible o factible. Puede resultar extremadamente prohibitivo o imposible conseguir una cantidad suficiente de participantes para un estudio, si el proceso patológico tiene una baja prevalencia.
- c. Tiempo de retraso:** Un ensayo controlado aleatorio bien diseñado y realizado lleva tiempo para diseñar, llevar a cabo e informar. Puede haber cambios significativos en el panorama de salud entre el momento en que se diseña e inicia el ensayo y el momento en que se publican los resultados.
- d. Valores:** Aunque los valores de los pacientes son explícitos en el modelo de la práctica basada en la evidencia, muchos profesionales de la salud omiten o minimizan los valores de los pacientes. Es fácil para el personal dejarse llevar por el intento de implementar la "mejor evidencia" o las "mejores prácticas" antes de comprender cómo se ajustan o contradicen los valores del paciente.

2.3. Definición de términos

Práctica Basada en la Evidencia: Integración de la mejor evidencia de la investigación con la experiencia clínica y las circunstancias y valores de los pacientes.

Conocimientos: Conocimientos del fisioterapeuta docente sobre los conceptos y herramientas para la aplicación de la PBE.

Actitudes: Disposición del fisioterapeuta docente a aprender y usar la PBE en la toma de decisiones en su práctica clínica diaria.

Prácticas: Aplicación de los conocimientos de PBE para su actividad clínica diaria.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. Operacionalización de las variables

Dimensiones	Variable	Indicador	Valor final	Escala
Conocimientos	Práctica basada en la evidencia	Conocimientos Formación Comprensión de términos estadísticos	Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
Actitudes		Actitudes Creencias Barreras	Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
Prácticas		Uso de literatura científica Uso de guías de práctica clínica	Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño de la investigación

4.1.1. Diseño de la investigación

Según el método epidemiológico es un estudio descriptivo.

4.1.2. Tipo de la investigación

El tipo de investigación es cuantitativa, observacional, descriptiva y de corte transversal.

4.1.3. Nivel de la investigación

El estudio se encuentra en un nivel descriptivo

4.2. Ámbito de estudio

En el año 1985 se creó el Colegio de Tecnólogos Médicos agrupando a los tecnólogos de diferentes especialidades (radiología, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, laboratorio clínico y terapia física), está sectorizada en doce Consejos Regionales según la región de ejercicio laboral del profesional. El Consejo Regional XI agrupa a los profesionales que laboran en las regiones de Tacna y Moquegua y cuenta con 70 profesionales fisioterapeutas colegiados.

4.3. Unidad y población de estudio

La población estará conformada por la totalidad de Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación colegiados, al trabajarse con la totalidad de la población el presente estudio no requiere el cálculo muestral.

4.3.1. Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión son:

- Licenciados en Tecnología Médica con mención en Terapia física y rehabilitación.
- Licenciados en Tecnología Médica con mención en Terapia física y rehabilitación que se encuentren colegiados y habilitado

para el ejercicio profesional en el Consejo Regional XI Tacna – Moquegua

- Licenciados en Tecnología Médica con mención en Terapia física y rehabilitación que se encuentren trabajando en el sector público o privado.

4.3.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión son:

- Licenciados en Tecnología Médica con mención en Terapia física y rehabilitación que hayan participado en este proyecto como asesor o jurado dictaminador previa ejecución.
- Licenciados en Tecnología Médica con mención en Terapia física y rehabilitación que no completen la totalidad del cuestionario.
- Licenciados en Tecnología Médica con mención en Terapia física y rehabilitación que no acepten el consentimiento informado.

4.4. Instrumentos de recolección de datos

El cuestionario sobre práctica basada en la evidencia en fisioterapeutas fue creado por Jette et al en Estados Unidos, traducido al español por Guerra et al, modificado y validado en Perú por Conislla et al. (anexo 3) (27–29)

El cuestionario contiene 46 ítems, de los cuales 17 ítems recopilan datos sociodemográficos y 29 ítems son relacionados a la FBE.

Los datos sociodemográficos (ítem 29 - 46) recolectados son el sexo, fecha de nacimiento, grado y titulación más alta obtenida, frecuencia de formación, pertenencia a asociación profesional de orientación clínica, trabajo docente, horas diarias de trabajo, número de pacientes diarios, tiempo invertido en actividades profesionales y características laborales.

Los 29 ítems sobre la FBE se organizan en grupos de conocimiento (ítems 22 y 24), conocimiento y comprensión de términos estadísticos (ítem 28), formación académica (ítems 23 y 35), actitudes (ítems 3 y 5), creencias (ítems

1, 2, 3, 4 y 6 - 9), prácticas (ítems 10 - 12, 14 y 15), acceso a literatura científica (ítems 13, 16 y 19 - 21), habilidades relacionadas al uso o aplicación de la literatura científica (ítems 17, 18, 26 y 27) y barreras (ítem 29).

La mayoría de los ítems sobre actitudes, creencias, educación, conocimientos y habilidades relacionadas con la FBE utilizan una escala ordinal tipo Likert de 5 puntos con “totalmente de acuerdo” y “totalmente en desacuerdo”; varios ítems relacionadas al acceso de información requieren respuestas dicotómicas “Sí/No”; los ítems relacionados a conceptos científicos requieren respuestas de opción múltiple con tres posibles respuestas “Lo comprendo totalmente”, “Lo comprendo algo” y “No lo comprendo”.

El cuestionario ha sido validado al contexto latinoamericano en Colombia y Chile (23,30), y es válido y aplicable a los fisioterapeutas del Perú con un Alfa de Cronbach de 0,871 para todos sus elementos. (29)

CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1. Recajo de datos

Se redactó una solicitud al Colegio de Tecnólogos Médicos para solicitar el permiso para realizar la investigación y solicitar los datos de contacto con los colegiados. Se contactó vía correo electrónico a la población para explicar el propósito de la investigación y encuestarlos de manera virtual, la encuesta tiene dos secciones, en el primero se presenta el consentimiento informado y la segunda sección es el cuestionario sobre práctica basada en la evidencia en fisioterapeutas. El tiempo calculado para responder el cuestionario es de 10 minutos.

5.2. Análisis estadístico

La información se recolectó de manera virtual, con los datos se creó una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel, el análisis estadístico posterior se realizó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.

Las variables son presentadas en tablas de frecuencias absolutas y porcentajes. Una vez realizadas las tablas y gráficos, estas se exportaron al documento de trabajo en el programa Microsoft Word donde se redactaron las interpretaciones.

5.3. Consideraciones éticas

Se buscó la aprobación del comité de ética de la Universidad Privada de Tacna y se solicitó la firma del consentimiento informado (anexo 2) a todos los participantes, donde se explican los objetivos de la investigación y su repercusión.

La información recolectada es anónima, los datos fueron guardados bajo una contraseña en una memoria portátil al que sólo tuvieron acceso las personas involucradas directamente con el estudio. Los principios de ésta investigación se basan en las recomendaciones de la declaración de Helsinki para las investigaciones en seres humanos.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación del Consejo Regional XI Tacna – Moquegua

		N°	%
Edad	31±7 años		
Sexo	Mujer	36	66.7%
	Hombre	18	33.3%
	TOTAL	54	100%
Años de titulado	< 10	48	88.9%
	11 – 20	3	5.6%
	> 20	3	5.6%
	TOTAL	54	100%
Grado académico	Bachiller	36	66.7%
	Magister	18	33.3%
	Doctorado	0	0.0%
	TOTAL	54	100%
Profesor clínico	Sí	7	13.0%
	No	47	87.0%
	TOTAL	54	100%

Se encuestó a 54 fisioterapeutas colegiados de los cuales 36 (66.7%) eran mujeres y 18 (33.3) hombres con una media de 31± 7 años. La mayoría (66.7%) poseían como máximo grado académico el bachiller y 48 (88.9%) con menos de 10 años de titulación.

Tabla 2. Características laborales de los Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación del Consejo Regional XI Tacna – Moquegua

	Nº	%
Horas de trabajo semanal		
< 20	8	14.8%
20 – 30	9	16.7%
31 – 40	10	18.5%
> 40	27	50.0%
TOTAL	54	100%
Pacientes atendidos por día		
< 5	5	9.3%
5 – 10	22	40.7%
11 – 15	9	16.7%
> 15	18	33.3%
TOTAL	54	100%
Lugar de trabajo		
Urbano	46	85.2%
Rural	6	11.1%
Suburbano o periferia	2	3.7%
TOTAL	54	100%
Tipo de Centro de Salud		
Hospital de atención aguda	13	24.1%
Rehabilitación aguda (atención primaria)	4	7.4%
Rehabilitación sub-aguda	3	5.6%
Clínica para atención de pacientes ingresados o ambulatorios	2	3.7%
Consulta privada de fisioterapia/kinesiología para pacientes ambulatorios (en propiedad)	6	11.1%
Centro de rehabilitación privado para pacientes ambulatorios	13	24.1%
Atención domiciliaria	5	9.3%
Sistema escolar	2	3.7%
Universidad	1	1.9%
Otros	5	9.3%
TOTAL	54	100%
Número de fisioterapeutas en lugar de trabajo		
< 5	45	83.3%
5 – 10	7	13.0%
11 – 15	2	3.7%
TOTAL	54	100%
Grupo de edad principal de paciente atendido		
Pediátrico (<18 años)	13	24.1%

Adulto (18-64 años)	39	72.2%
Geriátrico (>65 años)	2	3.7%
TOTAL	54	100%

En la tabla 2 se observa que el 50% de los encuestados trabaja más de 40 horas semanales, el 40.7% atiende de 5 a 10 pacientes por día. El 85.2% trabaja en un área urbana, el 24.1% describe su área de trabajo como un hospital de atención aguda, mientras que el mismo porcentaje lo describe como centro de rehabilitación privado para pacientes ambulatorios. Además, la mayor parte de los encuestados laboraban en un centro de trabajo con menos de 5 fisioterapeutas (83.3%) y los pacientes atendidos eran en su mayoría adultos (72.2%)

Tabla 3. Autorreporte de conocimientos y formación en PBE

Conocimientos y formación	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conocimientos										
He aprendido los fundamentos de la práctica basada en la evidencia como parte de mi formación académica.	16	29.6%	35	64.8%	3	5.6%	0	0.0%	54	100%
Estoy familiarizado con los sistemas de búsqueda médica. (Ej. MEDLINE/Pubmed, PEDro).	22	40.7%	30	55.6%	2	3.7%	0	0.0%	54	100%
Formación										
He recibido formación en estrategias de búsqueda sobre investigación relevante en mi práctica clínica	14	25.9%	34	63.0%	6	11.1%	0	0.0%	54	100%
He recibido formación para realizar una lectura crítica de la literatura científica como parte de mi formación académica.	12	22.2%	31	57.4%	10	18.5%	1	1.9%	54	100%

En conocimientos sobre PBE el 64.8% estuvo de acuerdo en haber aprendido los fundamentos sobre la PBE como parte de su formación académica y el 55.6% estuvo de acuerdo con estar familiarizado con los sistemas de búsqueda bibliográfica. En relación a su formación en estrategias de búsqueda de formación y en lectura crítica de literatura científica el 63.0 y 57.4% afirmó estar de acuerdo en cada uno respectivamente.

Tabla 4. Conocimiento y comprensión de términos estadísticos.

	Lo comprendo totalmente		Lo comprendo parcialmente		No lo comprendo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Riesgo relativo	35	64.8%	14	25.9%	5	9.3%	54	100%
Riesgo absoluto	36	66.7%	14	25.9%	4	7.4%	54	100%
Revisión sistemática	35	64.8%	17	31.5%	2	3.7%	54	100%
Odds ratio	10	18.5%	29	53.7%	15	27.8%	54	100%
Meta-análisis	31	57.4%	21	38.9%	2	3.7%	54	100%
Intervalo de confianza	35	64.8%	16	29.6%	3	5.6%	54	100%
Heterogeneidad	26	48.1%	22	40.7%	6	11.1%	54	100%
Sesgo de publicación	33	61.1%	17	31.5%	4	7.4%	54	100%

La mayoría de los encuestados refirieron comprender totalmente los términos riesgo relativo (64.8%), riesgo absoluto (66.7%), revisión sistemática (64.8%), meta-análisis (57.4%), intervalo de confianza (64.8%), heterogeneidad (48.1%) y sesgo de publicación (61.1%). El término que la mayoría comprendió parcialmente es odds ratio (53.7%).

Tabla 5. Autorreporte de actitudes y creencias hacia la PBE.

Actitudes y creencias	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Actitudes										
Necesito incrementar el uso de la evidencia en mi labor diaria.	20	37.0%	30	55.6%	4	7.4%	0	0.0%	54	100.0%
Estoy interesado en aprender o mejorar mis habilidades necesarias para incorporar una práctica basada en la evidencia en mi labor diaria.	33	61.1%	21	38.9%	0	0.0%	0	0.0%	54	100.0%
Creencias										
El uso de la práctica basada en la evidencia es necesaria en la práctica de la fisioterapia o terapia física.	41	75.9%	13	24.1%	0	0.0%	0	0.0%	54	100.0%
Las publicaciones y los hallazgos de la investigación son útiles en mi labor diaria.	35	64.8%	19	35.2%	0	0.0%	0	0.0%	54	100.0%
Adoptar una práctica basada en la evidencia supone una excesiva demanda de tiempo para los fisioterapeutas o terapeutas físicos.	8	14.8%	22	40.7%	22	40.7%	2	3.7%	54	100.0%
La práctica basada en la evidencia mejora la calidad en la atención al paciente.	36	66.7%	17	31.5%	1	1.9%	0	0.0%	54	100.0%
La práctica basada en la evidencia no tiene en cuenta las limitaciones que encuentro en mi práctica clínica.	6	11.1%	27	50.0%	21	38.9%	0	0.0%	54	100.0%
Mis ingresos mejorarían si incorporo una práctica basada en la evidencia.	13	24.1%	27	50.0%	14	25.9%	0	0.0%	54	100.0%
La práctica basada en la evidencia me ayuda a tomar decisiones sobre la atención al paciente.	29	53.7%	24	44.4%	1	1.9%	0	0.0%	54	100.0%

En relación a las actitudes la mayoría manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en la necesidad de incrementar el uso de la PBE en su labor diaria, sólo el 7.4% manifestó estar en desacuerdo de esa necesidad; todos los encuestados

manifestaron estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en estar interesado en aprender o mejorar sus habilidades necesarias para incorporar una PBE en su labor diaria.

Respecto a las creencias la mayoría manifestó estar totalmente de acuerdo o de acuerdo en que el uso de la PBE es necesaria en la práctica clínica y que las publicaciones y los hallazgos de la investigación son útiles en su labor diaria, así mismo que mejora la calidad en la atención y ayuda a tomar decisiones para el paciente; sin embargo un 14.8% y 40.7% manifestó estar de totalmente de acuerdo o de acuerdo en que adoptar una PBE supone una excesiva demanda de tiempo para el profesional, así como un 50% manifestó estar de acuerdo en que la PBE no tiene en cuenta las limitaciones de la práctica clínica.

Tabla 6. Autorreporte de prácticas basadas en evidencias

Búsqueda y uso de la literatura científica	1		2 – 5		6 - 10		11 - 15		+16		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leo o reviso literatura científica relacionada con mi práctica clínica.	6	11.1%	33	61.1%	8	14.8%	1	1.9%	6	11.1%	54	100%
Utilizo la literatura profesional y/o los hallazgos de la investigación para el proceso de toma de decisiones clínicas.	11	20.4%	34	63.0%	4	7.4%	2	3.7%	3	5.6%	54	100%
Utilizo MedLine / Pubmed u otras bases de datos para buscar artículos o hallazgos relevantes para mi práctica clínica.	11	20.4%	34	63.0%	4	7.4%	2	3.7%	3	5.6%	54	100%
Búsqueda y uso de Guías de práctica clínica	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Realizo búsquedas de guías de práctica clínica relacionadas a mi área laboral.	20	37.0%	31	57.4%	3	5.6%	0	0.0%	54	100%		
Utilizo guías de práctica clínica en mi práctica diaria.	13	24.1%	33	61.1%	8	14.8%	0	0.0%	54	100%		

Respecto a la búsqueda y uso de la literatura científica el 61.1% manifestó leer o revisar de 2 a 5 artículos relacionados con su práctica clínica, el 63% refirió utilizar de 2 a 5 veces literatura y/o hallazgos de investigación para la toma de decisiones clínicas y el 63.0% manifestó utilizar de 2 a 5 veces MedLine o Pubmed para buscar artículos u hallazgos reelevantes.

Tabla 7. Acceso y habilidades relacionadas al uso o aplicación de la literatura científica

Acceso a la literatura científica	Sí		No		No lo sé		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Hay guías disponibles sobre las áreas relacionadas con mi práctica clínica.	49	90.7%	3	5.6%	2	3.7%	54	100%		
Soy consciente de la existencia de guías de práctica clínica disponibles on-line.	47	87.0%	3	5.6%	4	7.4%	54	100%		
Tengo acceso a investigaciones actuales a través de revistas profesionales en formato papel.	20	37.0%	32	59.3%	2	3.7%	54	100%		
Tengo la capacidad de acceder a bases de datos relevantes y a internet en casa o lugares diferentes a mi lugar de trabajo.	50	92.6%	4	7.4%	0	0.0%	54	100%		
	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
En mi lugar de trabajo se apoya el uso de hallazgos actuales de investigación en la práctica clínica.	17	31.5%	26	48.1%	8	14.8%	3	5.6%	54	100%
	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Habilidades relacionadas al uso o aplicación de la literatura científica	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soy capaz de incorporar las preferencias del paciente a las pautas de las guías de práctica clínica.	15	27.8%	34	63.0%	4	7.4%	1	1.9%	54	100%
Confío en mi capacidad para realizar una lectura crítica de literatura profesional.	25	46.3%	25	46.3%	4	7.4%	0	0.0%	54	100%
Confío en mi capacidad para encontrar material de investigación que responda a mis dudas clínicas.	24	44.4%	29	53.7%	1	1.9%	0	0.0%	54	100%
	Sí		No		No lo sé		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soy capaz de acceder a estas guías de práctica clínica on-line.	47	87.0%	2	3.7%	5	9.3%	54	100%		

Sobre el acceso a la literatura el 90.7% manifiesta conocer la existencia de guías disponibles sobre sus áreas de práctica clínica y el 87.0% refiere ser consciente de la existencia de guías on-line, por otro lado, el 59.3% expresa no tener acceso a las investigaciones en revistas en formato físico, mientras que el 92.6% afirma tener la capacidad de acceder a las bases de datos de manera virtual. El 48.1% de los encuestados afirma que en su lugar de trabajo se apoya el uso de hallazgos actuales respecto a la práctica clínica, pero un 14.8% y un 5.6% afirma no estar de acuerdo o totalmente en desacuerdo con dicha afirmación.

En relación con las habilidades relacionadas al uso o aplicación de la literatura científica, el 63.0% afirma estar de acuerdo con ser capaz de incorporar las preferencias del paciente al tratamiento y un 46.3% confía en su capacidad de realizar una lectura crítica de la literatura y un 53.7% confía en su capacidad de encontrar material que resuelva sus dudas afirmando en un 87% que es capaz de acceder a las guías vía on-line.

Tabla 8. Conocimientos, actitudes y prácticas basadas en evidencias según tiempo de titulado

Conocimientos, actitudes y prácticas basadas en la evidencia	Años de titulado						Total	
	< 10		11 - 20		> 20		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
He aprendido los fundamentos de la práctica basada en la evidencia como parte de mi formación académica.								
Totalmente de acuerdo	15	93.8%	1	6.3%	0	0.0%	16	29.63%
De acuerdo	30	85.7%	2	5.7%	3	8.6%	35	64.81%
En desacuerdo	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	5.56%
Estoy familiarizado con los sistemas de búsqueda médica. (Ej. MEDLINE/Pubmed, PEDro).								
Totalmente de acuerdo	21	95.5%	1	4.5%	0	0.0%	22	40.47%
De acuerdo	25	83.3%	2	6.7%	3	10.0%	30	55.56%
En desacuerdo	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.70%
Necesito incrementar el uso de la evidencia en mi labor diaria.								
Totalmente de acuerdo	19	95.0%	1	5.0%	0	0.0%	20	37.04%
De acuerdo	27	90.0%	1	3.3%	2	6.7%	30	55.56%
En desacuerdo	2	50.0%	1	25.0%	1	25.0%	3	3.70%
Leo o reviso literatura científica relacionada con mi práctica clínica.								
1	5	83.3%	1	16.7%	0	0.0%	6	11.11%
2 – 5	29	87.9%	2	6.1%	2	6.1%	33	61.11%
6 – 10	8	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	14.81%
11 – 15	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.85%
+16	5	83.3%	0	0.0%	1	16.7%	1	1.85%
Utilizo la literatura profesional y/o los hallazgos de la investigación para el proceso de toma de decisiones clínicas.								
1	9	81.8%	2	18.2%	0	0.0%	11	20.37%
2 – 5	31	91.2%	1	2.9%	2	5.9%	35	64.81%
6 – 10	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	7.41%
11 – 15	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	3.70%
+16	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	5.56%
Utilizo MedLine / Pubmed u otras bases de datos para buscar artículos o hallazgos relevantes para mi práctica clínica.								
1	9	81.8%	2	18.2%	0	0.0%	11	20.37%
2 – 5	31	91.2%	1	2.9%	2	5.9%	35	64.81%
6 – 10	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	7.41%
11 – 15	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	3.70%
+16	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	5.56%

En la tabla 8 se describen los ítems relacionados a las prácticas (búsqueda y uso de la literatura científica) según los años de titulación donde se observa que el 85.7%

de los profesionales que están de acuerdo con haber aprendido los fundamentos de la práctica basada en la evidencia como parte de mi formación académica tienen menos de 10 años de titulación, así como el 90% que afirma necesitar incrementar el uso de la evidencia en su labor diaria. Por otra parte, el 91.2% que afirma utilizar de 2 a 5 veces la literatura profesional y/o los hallazgos de la investigación para el proceso de toma de decisiones clínicas tienen menos de 10 años de titulación.

Tabla 9. Conocimientos, actitudes y prácticas basadas en evidencias según el grado académico.

Conocimientos, actitudes y prácticas basadas en la evidencia	Grado académico				Total	
	Bachiller		Magister		N°	%
	N°	%	N°	%		
He aprendido los fundamentos de la práctica basada en la evidencia como parte de mi formación académica.						
Totalmente de acuerdo	11	68.8%	5	31.3%	16	29.63%
De acuerdo	24	68.6%	11	31.4%	35	64.81%
En desacuerdo	1	33.3%	2	66.7%	3	5.56%
Estoy familiarizado con los sistemas de búsqueda médica. (Ej. MEDLINE/Pubmed, PEDro).						
Totalmente de acuerdo	10	45.5%	12	54.5%	22	40.74%
De acuerdo	24	80.0%	6	20.0%	30	55.56%
En desacuerdo	2	100.0%	0	0.0%	2	3.70%
Necesito incrementar el uso de la evidencia en mi labor diaria.						
Totalmente de acuerdo	13	65.0%	7	35.0%	20	37.04%
De acuerdo	21	70.0%	9	30.0%	30	55.56%
En desacuerdo	2	50.0%	2	50.0%	4	7.41%
Leo o reviso literatura científica relacionada con mi práctica clínica.						
1	5	83.3%	1	16.7%	6	11.11%
2 – 5	21	63.6%	12	36.4%	33	61.11%
6 – 10	7	87.5%	1	12.5%	8	14.81%
11 – 15	1	100.0%	0	0.0%	1	1.85%
+16	2	33.3%	4	66.7%	6	11.11%
Utilizo la literatura profesional y/o los hallazgos de la investigación para el proceso de toma de decisiones clínicas.						
1	6	54.5%	5	45.5%	11	20.37%
2 – 5	25	73.5%	9	26.5%	34	62.96%
6 – 10	1	25.0%	3	75.0%	4	7.41%
11 – 15	2	100.0%	0	0.0%	2	4.70%
+16	2	66.7%	1	33.3%	3	5.56%
Utilizo MedLine / Pubmed u otras bases de datos para buscar artículos o hallazgos relevantes para mi práctica clínica.						
1	6	54.5%	5	45.5%	11	20.37%
2 – 5	25	73.5%	9	26.5%	34	62.96%
6 – 10	1	25.0%	3	75.0%	4	7.41%
11 – 15	2	100.0%	0	0.0%	2	4.70%
+16	2	66.7%	1	33.3%	3	5.56%

En la tabla 9 se describen los ítems relacionados a las prácticas (búsqueda y uso de la literatura científica) según el grado académico en donde la mayoría de los bachilleres y la totalidad de los magisters afirma estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con haber familiarizado con los sistemas de búsqueda médica. (Ej. MEDLINE/Pubmed, PEDro). De la misma forma la mayoría de los bachilleres y

magisters leen o revisan de 2 a 5 literaturas científicas relacionadas con su práctica clínica, y, con la misma frecuencia, utilizan MedLine / Pubmed u otras bases de datos para buscar artículos o hallazgos relevantes para su práctica clínica.

DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia.

Se logró encuestar a 54 fisioterapeutas colegiados de los cuales la mayoría eran mujeres con una media de 31 años lo que concuerda con los estudios realizados por Bajrachayra (20) y Ramirez (26), sin embargo, las investigaciones realizadas por Adriazola (23) y Alsherhi (25) tuvieron una mayoría de varones en un rango de 20 a 29 años; de acuerdo con el grado académico la mayoría eran bachilleres con menos de 10 años de titulación, al igual que los datos reportados por Alrowayeh (21), destacar que de la población encuestada sólo el 33% contaba con grado de magister y ninguno el grado de doctor.

La mayor parte de los encuestados manifestaron tener conocimientos en PBE y motores de búsqueda, de la misma forma refirieron haber recibido formación sobre lectura crítica, estrategias y sistemas de búsqueda al igual otros estudios realizados (19, 21, 23 - 24, 26). Esto podría ser un reflejo de la importancia que dan los profesionales a la PBE, habiendo recibido estos conocimientos en sus instituciones superiores de estudio o en cursos de formación continua; así mismo resaltar la gran accesibilidad a la información científica mediante los diversos recursos digitales (23,24).

Los fisioterapeutas encuestados tuvieron actitudes y creencias positivas hacia la PBE, evidenciando un interés en incrementar el uso de la evidencia científica y de aprender o mejorar sus habilidades para incorporar una PBE, este resultado es similar a lo encontrado por otros autores (19,23,26). De la misma manera un gran porcentaje ha considerado la PBE necesaria para su trabajo profesional en la ayuda de la toma de decisiones en la práctica clínica y una mejora en la atención del paciente, estos resultados son parecidos a los encontrados en Chile (23) y Colombia (26). Hay que valorar la buena predisposición para continuar la formación en este campo y tomarlo como una oportunidad para profundizar en aspectos metodológicos y estadísticos.

La mayoría de los encuestados manifiestan presentar confianza y que toman sus decisiones basadas en la evidencia científica expresando que es necesaria para mejorar la calidad de atención, lo que concuerda con lo manifestado por los profesionales en el estudio de Castellini (19), Yahui (24) y Alrowayeh (21).

En este estudio los participantes han indicado comprender los diversos términos metodológicos relacionados a la lectura crítica (8,9,12,14), sin embargo, en otros estudios, al someterlos a casos reales de estudios, se ha evidenciado una dificultad de la interpretación de los resultados, esto puede evidenciar un sesgo por auto reporte.

Respecto a las diversas actitudes de los fisioterapeutas sobre la PBE, la mayoría considera que tiene una necesidad de incrementar el uso de la PBE y de mejorar las habilidades necesarias para poder incorporarla y, de esta forma, mejorar la atención a sus pacientes, lo que concuerda con el pensamiento manifestado en el estudio de Alketbi (14), donde se expresa que la PBE ayuda a construir un mejor concepto sobre el tema mejorando, de esta forma, la práctica clínica.

Sin embargo, hay que considerar que existe un porcentaje de fisioterapeutas que no está de acuerdo con incrementar el uso de la PBE en su labor diaria, posiblemente por las diferencias en las habilidades necesarias como búsqueda en base de datos, lectura crítica, comprensión y manejo de términos estadísticos. Además, una ligera mayoría de los encuestados consideraron que la PBE no tiene en cuenta las limitaciones en la práctica clínica requiriendo un tiempo excesivo para el profesional, este pensamiento ya se ha evidenciado en otros estudios, dentro de los cuales se expresa que una de las principales barreras para la implementación de la PBE es la falta de tiempo (21 - 22, 24), la falta de formación en pregrado (22, 25) que conlleva a pocas habilidades en investigación (24, 25), insuficientes investigaciones en el idioma nativo (22).

Una de las barreras más mencionadas es la falta de recursos de información, lo que se refleja en el estudio de Alrowayeh (21) quien refiere que este hallazgo se puede asociar al acceso a base de datos Online.

En relación con la frecuencia de sus prácticas en búsqueda de base de datos y lectura de literatura científica de los fisioterapeutas (< 5 veces/artículos por mes), esta fue

similar a lo hallado en el estudio en Ecuador (85% y 83%) (22), Colombia (65.2% y 73.5%) (26) y Chile (88,5% y 88,4%) (23). Estas frecuencias, la cual ellos mismos reconocen que necesitan aumentar, puede deberse a barreras que limitan la implementación de la PBE, como el tiempo insuficiente (21,22,25). Además, también se ve reflejado en la cantidad de horas de trabajo de los fisioterapeutas en nuestro estudio y los ya mencionados, entre 31 a más de 40 horas semanales, dedicando la mayor parte del tiempo a la actividad asistencial que a sesiones de revisión o evaluación de literatura científica.

Al cuestionar a los fisioterapeutas sobre los motores de búsqueda la mayoría expresa conocer las guías disponibles sobre sus respectivas áreas y ser consciente de las guías on-line, sin embargo, no cuentan con revistas físicas, esta tendencia se ha encontrado en el estudio de Adriazola (23), donde se expresó la preferencia por los sistemas virtuales de información.

CONCLUSIONES

PRIMERA CONCLUSIÓN:

Los Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación del Consejo Regional XI Tacna – Moquegua tiene una media de 31 años, en su mayoría son mujeres con menos de 10 años de titulación, con grado académico más alto de bachiller y no son profesores clínicos en la universidad, de acuerdo a sus características laborales trabajan más de 40 horas semanales atendiendo de 5 a 10 pacientes por día en un lugar urbano caracterizado como hospital de atención aguda o centro de rehabilitación privado, cuyo principal grupo etario atendido son adultos.

SEGUNDA CONCLUSIÓN:

La mayoría de los Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación del Consejo Regional XI Tacna – Moquegua manifiestan tener conocimientos y formación adecuada de acuerdo a la PBE, así como comprender los términos estadísticos utilizados en la literatura científica, también manifiestan estar de acuerdo con incrementar y mejorar sus habilidades sobre la PBE, sin embargo algunos de ellos expresan que la PBE supone demasiado tiempo y que no tiene en cuenta ciertas limitaciones en la práctica clínica.

TERCERA CONCLUSIÓN:

Se han evidenciado valores similares en la PBE de los Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación del Consejo Regional XI Tacna – Moquegua de acuerdo a sus años de titulación o grado académico.

CUARTA CONCLUSIÓN:

Los Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación del Consejo Regional XI Tacna – Moquegua presentan un buen conocimiento, actitud y manifiestan tener buenas prácticas basadas en la evidencia.

RECOMENDACIONES

PRIMERA RECOMENDACIÓN:

Se recomienda que futuras investigaciones evalúen las competencias de la práctica basada en la evidencia como formular encuestas que permitan puntuar objetivamente el nivel de conocimiento y práctica basada en la evidencia.

SEGUNDA RECOMENDACIÓN:

Se recomienda ampliar la investigación respecto a la práctica basada en la evidencia en otras áreas de la salud para permitir tener una base comparativa de estudio.

TERCERA RECOMENDACIÓN:

Se recomienda a las universidades reconocer, respaldar y trabajar en conjunto con los profesionales titulados para crear sociedades científicas, de esta forma fortalecer la práctica basada en la evidencia desde el pregrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barzkar F, Baradaran HR, Koohpayehzadeh J. Knowledge, attitudes and practice of physicians toward evidence-based medicine: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Medicine* [Internet]. 2018 [citado 30 de septiembre de 2021];11(4):246-51. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jebm.12325>
2. Yamalik N, Nemli SK, Carrilho E, Dianiskova S, Melo P, Lella A, et al. Implementation of evidence-based dentistry into practice: analysis of awareness, perceptions and attitudes of dentists in the World Dental Federation–European Regional Organization zone*. *International Dental Journal* [Internet]. 1 de junio de 2015 [citado 30 de septiembre de 2021];65(3):127-45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020653920326939>
3. Li S, Cao M, Zhu X. Knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses—systematic review. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 27 de septiembre de 2019 [citado 30 de septiembre de 2021];98(39):e17209. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6775415/>
4. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* [Internet]. 13 de enero de 1996 [citado 30 de septiembre de 2021];312(7023):71-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/>
5. Guyatt GH. Evidence-based medicine. *ACP Journal Club* [Internet]. 1 de marzo de 1991 [citado 1 de octubre de 2021];114(2):A16. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/ACPJC-1991-114-2-A16>
6. Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB. *Evidence-Based Medicine E-Book: How to Practice and Teach EBM*. Elsevier Health Sciences; 2018. 358 p.
7. Gómez Conesa A. La práctica basada en la evidencia en el ámbito de la Fisioterapia. *Fisioterapia* [Internet]. 1 de marzo de 2010 [citado 1 de octubre de 2021];32(2):49-50. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-la-practica-basada-evidencia-el->

S0211563810000076

8. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ* [Internet]. 5 de enero de 2005 [citado 30 de septiembre de 2021];5:1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC544887/>
9. Johnson C. Evidence-Based Practice in 5 Simple Steps. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics* [Internet]. 1 de marzo de 2008 [citado 30 de septiembre de 2021];31(3):169-70. Disponible en: [https://www.jmptonline.org/article/S0161-4754\(08\)00096-1/fulltext](https://www.jmptonline.org/article/S0161-4754(08)00096-1/fulltext)
10. Bury T. Evidence based practice—an overview. *WCPT keynotes*. 2003;1-2.
11. Fristedt S, Areskoug Josefsson K, Kammerlind A-S. Factors Influencing the Use of Evidence-Based Practice among Physiotherapists and Occupational Therapists in Their Clinical Work. *IJAHSP* [Internet]. 2016 [citado 30 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol14/iss3/7/>
12. Pinedo S, Erazo P, Pérez I. Ictus y rehabilitación. Calidad metodológica de las guías de práctica clínica. *Rehabilitación (Madr)* [Internet]. 1 de marzo de 2009 [citado 1 de octubre de 2021];43(2):58-64. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-ictus-rehabilitacion-calidad-metodologica-guias-13135616>
13. McEvoy M, Luker J, Fryer C, Lewis LK. Changes in physiotherapists' perceptions of evidence-based practice after a year in the workforce: A mixed-methods study. *PLoS One* [Internet]. 21 de diciembre de 2020 [citado 30 de septiembre de 2021];15(12):e0244190. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7751960/>
14. AlKetbi H, Hegazy F, Alnaqbi A, Shousha T. Evidence-based practice by physiotherapists in UAE: Investigating behavior, attitudes, awareness, knowledge and barriers. *PLoS One* [Internet]. 18 de junio de 2021 [citado 30 de septiembre de 2021];16(6):e0253215. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8213175/>
15. Olsen NR, Bradley P, Lomborg K, Nortvedt MW. Evidence based practice in clinical physiotherapy education: a qualitative interpretive description. *BMC*

- Medical Education [Internet]. 11 de abril de 2013 [citado 1 de octubre de 2021];13(1):52. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-52>
16. Sabus C. The Effects of Modeling Evidence-Based Practice. *Journal of Physical Therapy Education* [Internet]. [citado 1 de octubre de 2021];22(3). Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/853890067>
 17. Falconí Morales C, Brito Santacruz CJ, Verkovitch I. Integración de la enseñanza de la práctica de enfermería basada en la evidencia científica. *Aquichan* [Internet]. 30 de septiembre de 2015 [citado 1 de octubre de 2021];15(4). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4392>
 18. Hasani F, MacDermid JC, Tang A, Kho M, Alghadir AH, Anwer S. Knowledge, Attitude and Implementation of Evidence-Based Practice among Physiotherapists Working in the Kingdom of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Survey. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 22 de septiembre de 2020 [citado 30 de septiembre de 2021];8(3):354. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7551816/>
 19. Castellini G, Corbetta D, Cecchetto S, Gianola S. Twenty-five years after the introduction of Evidence-based Medicine: knowledge, use, attitudes and barriers among physiotherapists in Italy — a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 3 de junio de 2020 [citado 1 de octubre de 2021];10(6):e037133. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7282414/>
 20. Bajracharya S, Tharu N, Bokalia D. Knowledge, Attitude and Barrier to Evidence-based Practice among Physiotherapists in Selected Districts of Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council* [Internet]. 4 de agosto de 2019;17:215-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31455937/>
 21. Alrowayeh HN, Buabbas AJ, Alshatti TA, AlSaleh FM, Abulhasan JF. Evidence-Based Physical Therapy Practice in the State of Kuwait: A Survey of Attitudes, Beliefs, Knowledge, Skills, and Barriers. *JMIR Med Educ* [Internet]. 7 de junio de 2019 [citado 1 de octubre de 2021];5(1):e12795. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6682286/>
 22. Cobo Sevilla V, de Oliveira Ferreira I, Moposita Baño L, Paredes Sánchez V, Ramos Guevara J. Evidence-based physiotherapy clinical practice in the

- public health-care service in Ecuador. *Physiotherapy Research International* [Internet]. 2019 [citado 1 de octubre de 2021];24(1):e1745. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pri.1745>
23. Adriazola Carrasco J, Cocio Aros N, Arteaga San Martín R. Práctica Basada en la Evidencia en el ejercicio profesional de los Kinesiólogos pertenecientes al Servicio de Salud Valdivia, Chile. *Reem* [Internet]. 2018;5(1). Disponible en: https://www.reem.cl/descargas/reem_v5n1_a4.pdf
 24. Yahui HC, Swaminathan N. Knowledge, attitudes, and barriers towards evidence-based practice among physiotherapists in Malaysia. *Hong Kong Physiother J* [Internet]. 28 de febrero de 2017 [citado 30 de septiembre de 2021];37:10-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385151/>
 25. Alshehri MA, Alalawi A, Alhasan H, Stokes E. Physiotherapists' behaviour, attitudes, awareness, knowledge and barriers in relation to evidence-based practice implementation in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Int J Evid Based Healthc* [Internet]. septiembre de 2017 [citado 1 de octubre de 2021];15(3):127-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5592985/>
 26. Ramírez Vélez R, Correa Bautista JE, Muñoz Rodríguez DI, Ramírez L, González Ruíz K, Domínguez-Sánchez MA, et al. Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and skills among Colombian physical therapists. *Colombia Médica* [Internet]. marzo de 2015 [citado 1 de octubre de 2021];46(1):33-40. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-95342015000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 27. Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway RD, et al. Evidence-Based Practice: Beliefs, Attitudes, Knowledge, and Behaviors of Physical Therapists. *Physical Therapy* [Internet]. 1 de septiembre de 2003 [citado 4 de octubre de 2021];83(9):786-805. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ptj/83.9.786>
 28. Guerra J, Bagur C, Girabent M. Adaptación al castellano y validación del cuestionario sobre práctica basada en la evidencia en fisioterapeutas.

Fisioterapia [Internet]. 1 de marzo de 2012 [citado 4 de octubre de 2021];34(2):65-72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-adaptacion-al-castellano-validacion-del-S0211563811001672>

29. Conislla Cortéz JJ, Gutierrez Pacheco KA, Goicochea Cotrina K. Validación de un cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas en fisioterapia basada en evidencias en fisioterapeutas del Perú [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020 [citado 4 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8455>
30. Flórez-López ME, Muñoz-Rodríguez DI, Domínguez MA, Ramírez-Cardona L, Correa-Bautista JE, González-Ruiz K, et al. Práctica basada en evidencia. Propiedades psicométricas de un cuestionario para su medición. Fisioterapia [Internet]. 1 de septiembre de 2014 [citado 4 de octubre de 2021];36(5):207-16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563813001430>

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p>¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia?</p>	<p>Comprender los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia</p>	<p><u>Variable de estudio</u> Conocimientos, actitudes, prácticas sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia</p> <p><u>Variables intervinientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Características sociodemográficas • Características laborales <p>Unidad de análisis: Profesional colegiado Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación</p>	<p>Diseño de investigación Descriptivo no experimental</p> <p>Nivel de investigación Descriptivo</p> <p>Tipo de Investigación Observacional, prospectiva, transversal.</p>
	<p align="center">OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las características sociodemográficas y laborales de los Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación del Consejo Regional XI Tacna – Moquegua. • Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia según el tiempo transcurrido desde la titulación. • Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia según el máximo grado académico. 		

ANEXO 2: Consentimiento informado

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA EN FISIOTERAPEUTAS DEL CONSEJO REGIONAL XI TACNA – MOQUEGUA”

Investigador: Maryorie del Carmen Arias Orosco

Usted ha sido invitado a participar de una investigación que lleva a cabo una estudiante de la Universidad Privada de Tacna. El objetivo del presente documento es informarle acerca de las características del estudio antes de que usted confirme su disposición a colaborar con el mismo.

El objetivo de este estudio es evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los fisioterapeutas pertenecientes al Consejo Regional XI Tacna - Moquegua sobre la Fisioterapia Basada en la Evidencia (FBE), esta es una investigación realizada por una estudiante de la Universidad Privada de Tacna. Para este propósito se le solicitará algunos datos generales y la respuesta a preguntas sobre la FBE la duración total de su participación será de 10 minutos aproximadamente.

Toda la información recolectada se tratará de manera confidencial y se tratará en conjunto para publicaciones académicas y científicas. No se publicará ningún tipo de información personal que pudiera identificarle.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Sr./Sra. _____, mayor de edad, manifiesto que he tenido la oportunidad de leer esta declaración de consentimiento informado, hacer preguntas en cuanto a la investigación y decidir sobre mi participación. Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a participar en este estudio.

Nombre y Apellido:

Acepto: () Si () No

ANEXO 3: Cuestionario sobre práctica basada en la evidencia en fisioterapeutas

Instrucciones

Lea las preguntas atentamente, revise todas las opciones y elija la respuesta que crea conveniente. Marque sus respuestas con una “X”.

1. El uso de la práctica basada en la evidencia es necesaria en la práctica de la fisioterapia o terapia física.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

2. Las publicaciones y los hallazgos de la investigación son útiles en mi labor diaria.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

3. Necesito incrementar el uso de la evidencia en mi labor diaria
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

4. Adoptar una práctica basada en la evidencia supone una excesiva demanda de tiempo para los fisioterapeutas o terapeutas físicos.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

5. Estoy interesado en aprender o mejorar mis habilidades necesarias para incorporar una práctica basada en la evidencia en mi labor diaria
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
6. La práctica basada en la evidencia mejora la calidad en la atención al paciente.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
7. La práctica basada en la evidencia no tiene en cuenta las limitaciones que encuentro en mi práctica clínica.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
8. Mis ingresos mejorarían si incorporo una práctica basada en la evidencia.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
9. La práctica basada en la evidencia me ayuda a tomar decisiones sobre la atención al paciente.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

Para los siguientes ítems, marque con una “x” la casilla apropiada que indique su actividad durante un mes habitual

10. Leo o reviso literatura científica relacionada con mi práctica clínica.

- 1 artículo
- 2 - 5 artículos
- 6 - 10 artículos
- 11 - 15 artículos
- más de 16 artículos

11. Utilizo la literatura profesional y/o los hallazgos de la investigación para el proceso de toma de decisiones clínicas.

- 1 vez
- 2 - 5 veces
- 6 - 10 veces
- 11 - 15 veces
- 16 veces

12. Utilizo MedLine / Pubmed u otras bases de datos para buscar artículos o hallazgos relevantes para mi práctica clínica.

- 1 vez
- 2 - 5 veces
- 6 - 10 veces
- 11 - 15 veces
- 16 veces

La siguiente sección indaga acerca del uso y comprensión de las guías de la práctica clínica. Las guías de la práctica clínica ofrecen una descripción de protocolos estándar de atención a pacientes con patologías específicas y son desarrolladas mediante un proceso formal y consensuado, que incorpora la mejor evidencia científica en cuanto a efectividad y opinión experta disponible.

Para los siguientes ítems marque (x) la casilla apropiada que indique su respuesta

13. Hay guías disponibles sobre las áreas relacionadas con mi práctica clínica.
- Sí
 - No
 - No lo sé
14. Realizo búsquedas de guías de práctica clínica relacionadas a mi área laboral.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
15. Utilizo guías de práctica clínica en mi práctica diaria.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
16. Soy consciente de la existencia de guías de práctica clínica disponibles on-line.
- Sí
 - No
 - No lo sé
17. Soy capaz de acceder a estas guías de práctica clínica on-line.
- Sí
 - No
 - No lo sé
18. Soy capaz de incorporar las preferencias del paciente a las pautas de las guías de práctica clínica.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

La sección siguiente indaga sobre la disponibilidad de recursos de accesos a la información y las habilidades personales en el uso de esos recursos.

Para los siguientes ítems, marque con una (x) la casilla apropiada que indique su respuesta.

En los artículos relativos a su "lugar de trabajo", considere el lugar en que usted desarrolla la mayoría de su actividad clínica

19. Tengo acceso a investigaciones actuales a través de revistas profesionales en formato papel.

- Sí
- No
- No lo sé

20. Tengo la capacidad de acceder a bases de datos relevantes y a internet en casa o lugares diferentes a mi lugar de trabajo.

- Sí
- No
- No lo sé

Para los siguientes ítems, marque (x) la casilla de la línea correspondiente a cada término:

21. En mi lugar de trabajo se apoya el uso de hallazgos actuales de investigación en la práctica clínica.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

22. He aprendido los fundamentos de la práctica basada en la evidencia como parte de mi formación académica.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo

- Totalmente en desacuerdo
23. He recibido formación en estrategias de búsqueda sobre investigación relevante en mi práctica clínica.
- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
24. Estoy familiarizado con los sistemas de búsqueda médica. (Ej. MEDLINE/Pubmed, PEDro).
- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
25. He recibido formación para realizar una lectura crítica de la literatura científica como parte de mi formación académica.
- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
26. Confío en mi capacidad para realizar una lectura crítica de literatura profesional.
- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
27. Confío en mi capacidad para encontrar material de investigación que responda a mis dudas clínicas.
- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

Para los siguientes ítems, marque (x) la casilla de la línea correspondiente a cada término:

28. Comprendo los siguientes términos

TÉRMINOS		Lo comprendo totalmente	Lo comprendo parcialmente	No lo comprendo
1	Riesgo relativo			
2	Riesgo absoluto			
3	Revisión sistemática			
4	Odds ratio			
5	Meta-análisis			
6	Intervalo de confianza			
7	Heterogeneidad			
8	Sesgo de publicación			

En el ítem 29, clasifique sus tres (3) mejores elecciones enumerando las casillas apropiadas para su respuesta (1=las más importante, 2=importante y 3=menos importante)

29. Enumere las tres (3) mayores barreras para el uso de una práctica basada en la evidencia (PBE) en su práctica clínica.

	Tiempo insuficiente
	Falta de recursos de información
	Falta de habilidades para la investigación
	Pobre capacidad para la lectura crítica de literatura científica
	Incapacidad para generalizar los hallazgos de investigación a mis pacientes
	Incapacidad para aplicar hallazgos de investigación a pacientes individuales con características únicas

	Falta de comprensión de análisis estadístico
	Falta de apoyo colectivo entre mis compañeros de trabajo
	Falta de interés
	Dificultad con el idioma de la literatura

La siguiente sección indaga sobre la información demográfica personal. Para los siguientes ítems, marque (x) la casilla apropiada que indique su respuesta

30. ¿Cuál es su sexo?

Hombre

Mujer

31. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____/_____/_____

32. ¿Cuál es su titulación oficial más alta obtenida?

Licenciado (título profesional)

Segunda especialidad

33. ¿Hace cuantos años obtuvo su título de Licenciado en Terapia Física y Rehabilitación? _____ años

34. ¿Posee usted alguna especialidad clínica oficial?

Sí ¿Qué especialidad tiene? _____

No

35. ¿Cuál es su grado oficial más alto obtenido?

Bachiller

Magister

Doctorado

36. ¿Realiza usted regularmente curso/s de formación continua? (≥ una vez al año)

Sí

No

37. ¿Pertenece usted a alguna asociación profesional de orientación clínica? (Puede marcar más de una)

ASPETEFI

CLADEFK

- APTA
- Otra ¿Cuál? _____

38. ¿Es usted profesor clínico de estudiantes universitarios de fisioterapia?

- Sí
- No

39. En promedio, ¿Cuántas horas a la semana trabaja atendiendo pacientes?

- < 20
- 20 - 30
- 31 - 40
- Más o igual de 40

40. En promedio, ¿Cuántos pacientes atiende diariamente?

- < 5
- 5 - 10
- 11 - 15
- > 15

41. ¿Cuántos fisioterapeutas trabajan a tiempo completo en las instalaciones donde usted realiza la mayoría de su actividad clínica?

- < 5
- 5 - 10
- 11 - 15
- > 15

42. Por favor indique el porcentaje (%) aproximado del tiempo total de trabajo que invierte usted en cada tipo de actividad durante un mes habitual.

Actividad asistencial	
Investigación	
Docencia	
Total	100%

43. ¿Cuál de los siguientes términos describe mejor la localización de las instalaciones donde usted realiza la mayoría de su actividad clínica?

- Urbano
- Rural
- Suburbano o periferia

44. Indicar el nombre del municipio/provincia en la que ejerce su actividad

45. Cuál de los siguientes términos describe mejor el centro en donde usted realiza su actividad:

	Hospital de atención aguda
	Rehabilitación aguda (atención primaria)
	Rehabilitación sub-aguda
	Clínica para atención de pacientes ingresados o ambulatorios
	Consulta privada de fisioterapia/kinesiología para pacientes ambulatorios (en propiedad)
	Centro de rehabilitación privado para pacientes ambulatorios
	Atención domiciliaria
	Sistema escolar
	Universidad
	Otros

46. ¿Qué tipo de paciente suele atender usted?

- Termine el cuestionario marcando esta casilla si no trata pacientes.

Por grupo etario	Seleccione una respuesta (x)
Pediátrico (<18 años)	
Geriátrico (>65 años)	
Adulto (18-64 años)	

Por especialidad	Seleccione una respuesta (x)
Ortopédico y traumatológico	
Neurológico	
Cardiovascular y respiratorio	
Deportivo	
Otro	