

- 1. Práctica basada en la evidencia
- 2. Diseños de estudios: investigación cuantitativa
- 3. Diseños de estudios: investigación cualitativa
- 4. Documentos de síntesis

unidad

# UNO

EBE, RECURSO PARA UNOS CUIDADOS SEGUROS

Índice

Unidad I

Unidad II

Unidad III



unidad

# UNO

EBE, RECURSO PARA UNOS CUIDADOS SEGUROS



Índice

Unidad I

Unidad II

Unidad III

# 1 práctica

basada en la evidencia

Mireia Subirana Casacuberta, Isabel Fargues García,  
M<sup>a</sup> Antonia Martínez Momblan, María Serret Serret

## Introducción

---

La práctica basada en la evidencia permite que los profesionales de la salud acepten que existen formas y métodos diferentes, e incluso más efectivos, de desarrollar la práctica clínica. Este curso, con el soporte del manual *Enfermería basada en la evidencia, recurso para unos cuidados seguros*, tiene el objetivo de familiarizar al estudiante con la práctica basada en la evidencia y sensibilizarlo acerca de la importancia de su aplicación en la práctica enfermera como fuente para garantizar unos cuidados seguros que repercutan en un beneficio para las personas cuidadas.

En los últimos años, el desarrollo de la práctica clínica basada en la evidencia (PBE) ha revolucionado el mundo sanitario con sus planteamientos. Su aplicación se basa en la utilización de la evidencia científica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes. Dos de los términos más destacados relacionados con la PBE, y que seguramente resultarán familiares al lector, son la evidencia científica y la toma de decisiones.

Dentro del contexto de la PBE, el empleo del término evidencia se refiere a la evidencia científica o a la evidencia aportada por la investigación y, por lo tanto, su interpretación debe ser fiel al significado del término en inglés. Así, evidencia se refiere a algo que se comprueba, demuestra o verifica, la certeza la proporcionan las pruebas científicas obtenidas a través de la investigación realizada con criterios metodológicos rigurosos (1, 2). Es necesario insistir en esta breve aclaración sobre el significado del término, ya que en castellano la palabra evidencia se aplica a algo que no necesita probarse.



Con relación al concepto de toma de decisiones, es importante destacar que adquiere distintos significados en función de quién tome la decisión. Así, los profesionales asistenciales toman decisiones acerca del cuidado individual de sus pacientes, los gestores hospitalarios toman decisiones que afectan a grupos de pacientes y los gestores políticos toman decisiones que influyen en el conjunto de la población. Una de las características de la PBE es que tiene en cuenta las preferencias y valores de los pacientes, lo que implica su participación en el proceso de toma de decisiones. A menudo tomar decisiones implica tener que escoger entre varias alternativas; algunas de las decisiones que se toman en la práctica diaria están basadas en evidencias científicas y otras no. Tal y como señala Mulrow (3), las decisiones clínicas acertadas son complejas. Para tomarlas se recaba información de varias fuentes, datos primarios, preferencias de los pacientes, experiencia personal y profesional, normas externas y evidencia científica, entre otras. La mezcla de todas estas fuentes de información hace que la toma de decisiones pueda variar en función del momento, de la información disponible y de la persona que decida (2).

12

El desarrollo de la PBE, junto con el incremento exponencial de la información, lleva implícito el razonamiento de que si el conocimiento científico es mayor, la práctica clínica debe ser más efectiva si se basa en las decisiones adecuadas. Ya no se puede esperar que la atención que se dispensa a los pacientes sea sólo buena, sino que debe ser la mejor (4). Por lo tanto, la propuesta de la PBE encaja con un cambio en el planteamiento de la atención sanitaria y da respuesta a una serie de factores que han provocado que el planteamiento clásico sea insuficiente, entre ellos: aumento creciente en las expectativas y demandas de los servicios sanitarios, progresivo envejecimiento de la población, incremento en las expectativas de los pacientes y de los profesionales y avance en los conocimientos y tecnologías, entre otros. La interrelación de todos los factores compone el escenario sanitario actual, en el que el uso racional de los recursos disponibles es absolutamente indispensable (4). Por lo tanto, con la creciente presión sobre la limitación de los recursos de los cuidados de salud, las enfermeras deben considerar que, además de que su práctica

clínica sea efectiva, ha de ser también eficiente (los resultados, además de ser beneficiosos en las condiciones reales de la práctica habitual, tienen que ser beneficiosos en relación con el esfuerzo empleado en términos de recursos humanos, materiales y costes).

### Inicios de la PBE

---

La concepción de la PBE se inicia dentro de la práctica médica y posteriormente es incorporada por una amplia gama de profesiones sanitarias (5-7). En 1991 se empleó por primera vez la expresión “medicina basada en la evidencia” (MBE) y en 1996 David Sackett (uno de sus más destacados promotores) la definió como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente. La MBE implica integrar la mejor evidencia externa obtenida a partir de la búsqueda sistemática con la habilidad de la práctica asistencial, teniendo en cuenta la elección del paciente y los recursos disponibles. Ésta es sólo una de las definiciones de PBE que se manejan actualmente (8-10). A pesar de que entre ellas difieren ligeramente, es importante destacar que todas señalan que las decisiones deben tomarse basándose en la evidencia científica disponible, pero no sólo a partir de esta evidencia: se espera que los profesionales incorporen su juicio profesional, sus habilidades y su empatía en la toma de decisiones (2).

El inicio de la PBE se sitúa en la década de los noventa, pero es importante destacar que en 1972 Archie L. Cochrane, en su libro *Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios* (11), ya llamó la atención sobre la no utilización de los resultados de la investigación en la práctica clínica y criticó abiertamente al estamento médico por tomar decisiones sin tener en cuenta los resultados de la investigación.

El desarrollo de la enfermería basada en la evidencia (EBE) (definición, descripción teórica de sus fases y posterior aplicación práctica) se



ha visto favorecido por la existencia, desde los años setenta, de varias iniciativas cuya finalidad es promover la utilización de los resultados de la investigación en la práctica clínica. El objetivo de la EBE es facilitar la inclusión de la evidencia científica en las decisiones clínicas y de salud. Con esta finalidad, en 1997 se celebraron en el Reino Unido las primeras conferencias nacionales e internacionales sobre EBE. En 1998 se inició la publicación de las revistas *Evidence Based Nursing* y *Outcome Management for Nursing Practice*, y se crearon los centros de *Evidence Based Nursing* (12-16).

Se puede considerar la EBE como una estrategia para que la investigación apoye la práctica. Además:

- ▶ Al tener en cuenta las preferencias y los valores de los pacientes, es un camino para disminuir sus prejuicios y maximizar los beneficios.
- ▶ Al ratificar la experiencia clínica de cada profesional, constituye un medio a través del cual se puede mejorar la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes. Es importante destacar que la EBE considera el método científico como la mejor herramienta para conocer la realidad y expresarla de forma inteligible y sintética, y reconoce la investigación científica como la actividad capaz de generar conocimiento válido y relevante para la moderna práctica profesional. Por lo tanto, se pone de manifiesto su contribución a aumentar el cuerpo de conocimientos propio, lo que garantiza el desarrollo de la enfermería como profesión (17-20). El que la EBE tenga en cuenta los valores y preferencias de los pacientes es especialmente relevante para las enfermeras ya que, como señalan Carper y Leininger (21,22), la validez de la finalidad y del significado de la enfermería no puede ser establecida sin tener en cuenta la cultura y la sociedad en la que está inmerso el paciente y, por lo tanto, sus valores y preferencias.

En el año 2000, Ingersoll (23) define la práctica de enfermería basada en la evidencia como “la utilización consciente, explícita y juiciosa

(crítica) de teoría derivada, la información basada en la investigación y la toma de decisiones para el cuidado que se da a individuos o grupos de pacientes en consideración de las necesidades y preferencias individuales” (24). En el año 2002 se celebró en Granada la I Reunión sobre EBE (25), en la que se adoptó la siguiente definición: “La EBE es uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la medicina basada en la evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico”.

En la evaluación de la EBE se ha puesto de manifiesto su perfecta armonía con la función fundamental de la profesión, que es cuidar, y con la visión holística de la persona (26). Es por este motivo por el que se considera importante que la definición incluya las palabras cuidado, pacientes, valores y preferencias de los pacientes, toma de decisiones, conocimiento enfermero, y que garantice un modelo de enfermería cuyo eje central sean los cuidados de calidad basados en un modelo de investigación centrado en los aspectos cualitativos y cuantitativos. Así, la EBE se puede definir como la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones. Parece adecuado el empleo de los mismos adjetivos consciente, explícita y juiciosa, utilizados en la definición de MBE por el significado que aportan a la palabra aplicación; al incorporar el conocimiento enfermero y el cuidado, queda implícita la visión holística del cuidado para la que es necesaria la aportación de la investigación cuantitativa y de la investigación cualitativa, y cómo esta investigación contribuye a engrosar el conocimiento enfermero. La toma de decisiones es el primer paso para la consecución del objetivo de la EBE y, por lo tanto, es importante que figure en la definición. La toma de decisiones puede realizarse para un paciente individual o para un grupo de pacientes (éste es el caso de la toma de decisiones que afectan a la comunidad) y, por este motivo, se utiliza el plural, pacientes; tener en cuenta



sus preferencias y valores garantiza la inclusión de los pacientes en su cuidado. Henderson describió claramente la importancia de esta acción (27); tomando sus palabras, “parece que es una arrogancia por nuestra parte pensar que se puede identificar el problema del paciente y hacerle un plan para tratar dicho problema. Hay que pensar que es el paciente quien mejor puede identificar su propio problema y quizá se le pueda ayudar a que realice el plan para resolverlo”. Para finalizar se incluye la pericia profesional, ya que el concepto incorpora, además de otros aspectos, los relacionados con el juicio crítico, la experiencia profesional, las habilidades y la empatía.

En los últimos años se ha introducido el concepto de asistencia sanitaria basada en la evidencia (ASBE) como respuesta a los retos de los sistemas clínicos y sanitarios actuales. La diferencia entre EBE y ASBE radica en el hecho de que si bien la EBE se refiere a la disciplina enfermera, la ASBE tiene en cuenta las distintas profesiones sanitarias en la toma de decisiones para poblaciones o grupos de pacientes. Este nuevo enfoque de cuidado tiene implicaciones no sólo en la asistencia diaria, sino también en la organización de los servicios sanitarios y en la formación y docencia de los profesionales de la salud (28).

16

## Fases de la EBE

---

La aplicación de la EBE se desarrolla en cinco fases integradas dentro de un proceso dinámico y continuo que surge de la interacción paciente-enfermera (29). Tal y como argumenta Sackett, el punto de inicio es la definición de la pregunta de investigación. La adecuada formulación de la pregunta evita que se pierda mucho tiempo en la búsqueda de la evidencia (30, 31). Después de identificar la evidencia científica disponible, se lleva a cabo una lectura crítica para valorar la calidad de los estudios. Las fases prácticas de la EBE son la implementación de los cambios y su posterior evaluación. A continuación se analizan brevemente las fases de la EBE y más adelante, en los capítulos correspondientes, se desarrollará de forma más extensa el contenido de cada una de ellas.



## Formulación de preguntas estructuradas

Desde la práctica clínica diaria, la docencia o la gestión, surgen a menudo dudas y necesidades de información que identifican problemas, lagunas o zonas de incertidumbre. La primera fase de la EBE consiste en reflexionar sobre la práctica enfermera con la finalidad de formular preguntas estructuradas y concretas que puedan responder a la incertidumbre o a los problemas identificados. Se debe tener en cuenta que para responder a las diferentes preguntas de investigación se necesitan diferentes métodos y diseños de estudios (32-34). El plantear e identificar las áreas de dudas e incertidumbres y cuestionar la práctica de un modo específico y estructurado que facilite la identificación de las respuestas (condición, intervención, resultados) sin lugar a dudas constituye un cambio importante en la práctica enfermera.

## Búsqueda bibliográfica

Para dar respuesta a las preguntas planteadas, el siguiente paso es la búsqueda bibliográfica. Esta fase tiene una relevancia clave, ya que en ella se debe identificar la bibliografía existente y disponible para responder a las preguntas. Para llevar a cabo esta búsqueda bibliográfica es necesario disponer de un acceso cómodo a las fuentes de información: bases de datos, publicaciones primarias y secundarias y adquirir habilidades en el uso y explotación de las estrategias de búsqueda bibliográfica (35, 36). Si bien no es en sí misma una tarea difícil, se recomienda su inicio con el soporte de alguna persona familiarizada con las búsquedas bibliográficas que pueda servir de guía en su complejidad.

En esta segunda fase es importante destacar la información que se obtiene al analizar los resultados de las búsquedas bibliográficas. Si, por ejemplo, se plantean las dos situaciones extremas que pueden ocurrir, es decir, una situación en la que no se recuperen artículos que den respuesta a las preguntas o, al contrario, una segunda situación en la que se recuperan un gran número de artículos de diseño adecuado y que presentan o no resultados contradictorios, en ese momento, en cualquiera de las dos situaciones, la formulación previa de la pregunta estructurada será de gran utilidad.



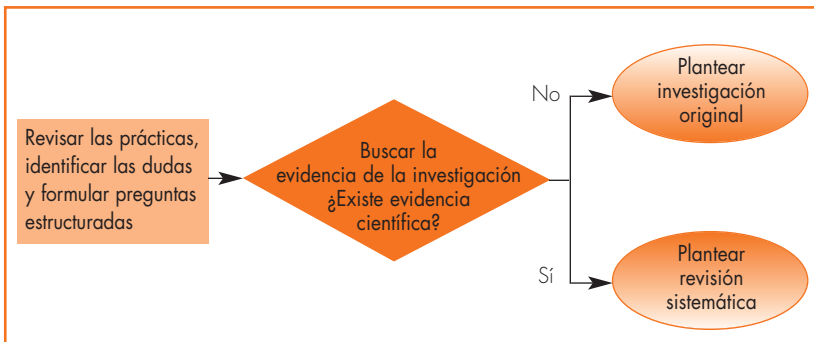
En la primera situación (no se han recuperado artículos que den respuesta a las preguntas) es el momento de plantearse, en caso de valorarse necesaria, una investigación original. En este caso, la pregunta estructurada puede utilizarse para formular la hipótesis del estudio. En la segunda situación, y ante la inexistencia de una revisión sistemática, la pregunta estructurada será de gran utilidad para establecer las bases de un protocolo para desarrollar una revisión sistemática. En el **Cuadro 1** se muestran las situaciones en las que se deben plantear preguntas estructuradas.

### Lectura crítica

El gran incremento en el número de publicaciones científicas en las últimas décadas y la repercusión que puede tener la implementación en la práctica de resultados no evaluados hacen que sea indispensable un correcto análisis de la información científica; por lo tanto, una vez identificados los estudios, es necesaria su lectura crítica.

18

Mediante la lectura crítica se valora la metodología y el diseño de los estudios, lo que permite objetivar criterios de calidad para cada diseño. Así, de un ensayo clínico se valora si tiene validez interna, que se define como la garantía de que el diseño del estudio, su ejecución, análisis y presentación de los resultados minimizan los sesgos.



Cuadro 1. ¿Cuándo formular preguntas estructuradas?

Existen pautas que permiten analizar objetivamente la calidad de los distintos diseños de los estudios (37-43). Con la lectura crítica se objetiva la relevancia de los estudios, lo que puede llevar a plantear su posterior aplicación. Es por este motivo por el que la lectura crítica tiene una especial relevancia dentro de la práctica de la EBE (44-48), ya que si el estudio o la revisión no presentan el diseño adecuado para dar respuesta a la pregunta de investigación, o bien presentan limitaciones o carencias metodológicas importantes, los resultados obtenidos no pueden considerarse válidos y, por lo tanto, no pueden ser aplicados a la práctica clínica.

### Implementación

Después de analizar los resultados y considerarlos válidos para mejorar la atención a los pacientes, hay que planificar la implementación de los cambios, considerando siempre las preferencias del paciente, el entorno en el que se lleva a cabo la práctica clínica y los recursos disponibles.

Es importante señalar que existen una serie de dificultades en el momento de la implementación y, por lo tanto, es indispensable desarrollar estrategias, identificar posibles barreras y conocer cuáles son las causas más frecuentes de fracaso para hacerles frente. Las guías de práctica clínica (GPC) son una de las herramientas más destacadas para facilitar el proceso de implementación, ya que constituyen un puente de unión vital entre la práctica y la teoría. En las GPC, a partir de grados de evidencia establecidos en función de la pregunta y del diseño del estudio, se determinan recomendaciones para ayudar a los profesionales y a los pacientes a decidir cuál es la intervención más adecuada en una situación clínica concreta (49).

La implementación debe ser evaluada en relación con el contexto en el que se proporciona el cuidado y en el que influyen factores individuales y organizativos. Uno de estos factores individuales está relacionado con la consideración de las preferencias y los valores del paciente para consensuar sus cuidados. Además de la participación y aceptación de los



cuidados por parte del paciente, el juicio crítico y la experiencia del profesional son otros factores individuales sumamente importantes. Su naturaleza garantiza el uso racional de las GPC y, por lo tanto, establece la diferencia entre la PBE y un libro de recetas de cocina (1, 2, 22, 24).

### Evaluación

Como ya se ha señalado, es imprescindible que las decisiones que se tomen en la práctica asistencial se basen en la mejor evidencia empírica. Sin embargo, también es importante que se evalúen estas decisiones después de su aplicación. La última fase de la EBE es evaluar la repercusión de los cambios introducidos en la práctica para identificar si estos han sido o no efectivos. No tiene ningún sentido modificar la práctica sin que previamente se planifique cómo va ser evaluada su posible repercusión.

La situación ideal es que la evaluación se lleve a cabo analizando resultados sensibles a las intervenciones enfermeras, con la finalidad de estimar los beneficios, daños y costes de las intervenciones. Una buena evaluación se debe centrar en los resultados, más que en el proceso, y debe incluir una auditoría. Las auditorías examinan la práctica y la comparan con unos estándares establecidos. Si los estándares no existen, los resultados obtenidos de la evaluación permitirán formular unos estándares de cuidados que serán utilizados para registrar la mejora en la calidad de las intervenciones (49). No hay que olvidar consensuar estos estándares con el paciente dentro del cuidado individualizado.

De esta forma, al cerrar el círculo de la EBE con esta fase, ésta se constituye como un proceso de mejora de la calidad asistencial y de garantía de una práctica segura y de calidad.

### Evidencia, investigación y conocimiento enfermero

En este apartado se analizan los términos evidencia, investigación y conocimiento enfermero y se detallan las interrelaciones que existen entre ellos.

### Evidencia

Como se ha indicado al inicio del capítulo, el término evidencia se utiliza para designar la evidencia científica, es decir, el conocimiento aportado por la investigación que se ha comprobado, demostrado o verificado según criterios metodológicos rigurosos (1, 2). En relación a la evidencia, existen diferentes visiones sobre lo que se considera aceptable como tal. Sackett la entiende como la investigación clínica relevante, mientras que Gray incluye además las opiniones de expertos y los datos que provienen de la clínica (9, 10).

En función de los distintos planteamientos se pueden identificar varios tipos de evidencia relacionados con diversas fuentes de información y considerar además de la investigación otras fuentes de evidencia, como (2):

- ▶ Investigación elaborada por otras disciplinas.
- ▶ Revisiones de la investigación y guías clínicas.
- ▶ Opinión de expertos y de colegas.
- ▶ Experiencia personal con otros pacientes.
- ▶ Evidencia de las experiencias de los pacientes.
- ▶ Datos de auditorías.
- ▶ La evidencia de la investigación.
- ▶ La pericia profesional derivada de la unión de la experiencia práctica con el continuo desarrollo profesional.
- ▶ Las creencias y valores de los profesionales sanitarios y de los pacientes, basados en expectativas e interacciones y experiencias previas.
- ▶ La valoración clínica de los pacientes.
- ▶ Las preferencias de los pacientes.

Por lo tanto, se pone claramente de manifiesto la relevancia de la investigación como uno de los componentes claves de la evidencia. Sin embargo, existen numerosas áreas de la práctica que no se pueden basar en la evidencia científica porque simplemente no existe eviden-



cia y, por lo tanto, es necesario llevar a cabo estudios que permitan generar este tipo de conocimiento. Una de las fuentes de evidencia más relevantes de las citadas en el párrafo anterior es la pericia profesional. Ésta facilita la interpretación de las situaciones clínicas y los conocimientos inherentes a esta competencia son determinantes para la mejora de la función asistencial y el progreso de la ciencia enfermera (48). La competencia profesional es un elemento indispensable para el desarrollo de la EBE. Como afirma Benner, la competencia se adquiere con el paso del tiempo, concebida como la valoración de nociones y postulados teóricos mediante la confrontación con muchos casos prácticos reales que añaden matices o leves precisiones a la teoría. Esta experiencia, la que proporciona al profesional experto un profundo conocimiento de la situación global (48), unida a la aplicación de la evidencia científica disponible, resulta determinante en el éxito del desarrollo de la EBE.

22

En función de la amplitud con la que se define el concepto de evidencia se justifica la paradoja que existe entre los autores que sostienen que “existe tanto conocimiento enfermero que si todos hiciéramos un esfuerzo por aplicarlo, la práctica de la enfermería no se parecería mucho a como hoy la conocemos” (49) y aquellos que incluso identifican factores explicativos de esta falta de evidencia. Entre estos factores destacan (2):

- ▶ Dificultad para diseñar estudios con rigor metodológico.
- ▶ Cuando la intervención se emplea en la práctica no se considera ético que se planteen ensayos clínicos.
- ▶ La investigación disponible es de baja calidad.
- ▶ Los ensayos clínicos no son apropiados para todas las áreas del cuidado.
- ▶ Fallos en la difusión y el acceso a la investigación.

Pero, ¿qué distingue la evidencia de la investigación de las “otras evidencias”? La diferencia está directamente relacionada con las características definitorias de la investigación. Bajo este planteamiento, la con-

cepción de la investigación es que sea sistemática (sigue un protocolo claro), que sea rigurosa (evita los sesgos y, si no se pueden evitar, se explicitan), y que sea relevante (genera hallazgos relevantes) (50, 51). Estos tres aspectos son clave para garantizar la validez de los resultados obtenidos.

### Investigación

Existen varias perspectivas de investigación y todas son válidas para los profesionales de la salud. Con independencia de cuál sea la perspectiva utilizada, ésta debe garantizar la concepción de investigación planteada anteriormente, es decir, debe ser sistemática, rigurosa y relevante. La elección de la perspectiva o del paradigma de investigación implica asumir unos condicionantes que influyen sobre todo el proceso de investigación. Es decir, el paradigma influye sobre la pregunta que se pretende responder y viceversa, en los métodos que deben utilizarse para responder a la pregunta, en cómo se lleva a cabo la recogida y análisis de los datos y sobre la interpretación de los hallazgos o de los resultados de la investigación. Desde otro punto de vista, y enmarcado dentro de la PBE, el tipo de pregunta es el que establece cuál es el paradigma más adecuado para dar una respuesta (2).

De los cuatro paradigmas científicos, el positivista, el post-positivista, el interpretativo y el crítico, el positivista y el interpretativo son los identificados con mayor frecuencia dentro de las ciencias de la salud, ya que la mayor parte de la investigación se desarrolla dentro de uno de estos dos paradigmas. El paradigma positivista es explorado a través de la investigación cuantitativa y el paradigma interpretativo por medio de la investigación cualitativa (ambas metodologías se abordan con mayor profundidad en los Capítulos 4 y 5 de este mismo manual). A pesar de que no se va a profundizar en él en esta ocasión, es importante señalar la emergencia del paradigma crítico en los últimos años dentro de la ciencia enfermera. Este paradigma combina aspectos de los paradigmas post-positivista e interpretativo y considera cómo los factores sociales, políticos y culturales influyen en la experiencia (52).



El paradigma positivista, el más difundido en las ciencias de la salud, defiende la existencia de un mundo con una realidad objetiva que puede ser observada y medida. La investigación cuantitativa es especialmente importante para establecer la relación causa-efecto y sus resultados contribuyen a la comprensión del impacto y de la efectividad de intervenciones específicas. El método más importante de este paradigma es el ensayo clínico aleatorio como diseño experimental, seguido de los estudios de cohortes y los estudios caso-control como diseños cuasi-experimentales; sin embargo, siempre depende de la pregunta de investigación que se haya formulado.

El paradigma interpretativo discute la existencia de una realidad objetiva y defiende que cada individuo se construye su propia realidad objetiva. La investigación cualitativa se centra en los sentimientos, las experiencias y las vivencias de los integrantes del estudio. Las metodologías más destacadas de este paradigma son la fenomenología, la teoría fundamentada (*grounded theory*), la etnografía y la investigación-acción participativa.

24

Popay (53) ha planteado el beneficio de la complementación de ambos paradigmas en el contexto de la PBE (Ver Figura 1) para dar respuesta a las siguientes situaciones:

- ▶ Comprender el porqué de la utilización de una intervención.
- ▶ Identificar cuáles son los tópicos adecuados para la investigación cuantitativa.



Figura 1. Complementaridad existente entre la investigación cualitativa y la cuantitativa para generar tipos de conocimiento enfermero