TRANSFORMAR LA ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO

Desarrollo de Guías de Buenas Prácticas, ciencia de la implantación, y evaluación



Doris Grinspun & Irmajean Bajnok

TRANSFORMAR LA ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO

Desarrollo de Guías de Buenas Prácticas, Ciencia de la Implantación, y Evaluación



DORIS GRINSPUN, PhD, MSN, BScN, RN, LLD(hon), Dr(hc), O.ONT
IRMAJEAN BAJNOK, PhD, MScN, BScN, RN

Sigma
GLOBAL NURSING EXCELLENCE

RNAO
Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Speaking out for nursing. Speaking out for health.

Copyright © 2020 by Sigma Theta Tau International

Originally published in English in 2018. Copyright © 2018 by Sigma Theta Tau International

Todos los derechos reservados. Este libro está protegido por derechos de autor. Ninguna parte de ella puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación, o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopiado, grabación, o de otro tipo, sin el permiso escrito del editor. Todas las marcas comerciales, marcas de servicio, derechos de diseño o derechos similares que se mencionan, utilizan o citan en este libro son propiedad de sus respectivos dueños. Su uso aquí no implica que usted pueda utilizarlos para un propósito similar o cualquier otro.

Este libro no pretende ser un sustituto del consejo médico de un profesional médico con licencia. El autor y el editor han hecho todo lo posible para asegurar la exactitud de la información contenida en el momento de su publicación y no tendrán ninguna responsabilidad ante ninguna persona o entidad con respecto a cualquier pérdida o daño incurrido, o supuestamente incurrido, directa o indirectamente, por la información contenida en este libro. El autor y el editor no ofrecen ninguna garantía, expresa o implícita, con respecto a su contenido, y los representantes de ventas o los materiales de venta escritos no pueden crear ni ampliar ninguna garantía. El autor y el editor no son responsables de la coherencia o exactitud de las URL y el contenido de los sitios web de terceros a los que se hace referencia en este libro.

Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing (Sigma) es una organización sin ánimo de lucro cuya misión es desarrollar líderes en enfermería en cualquier lugar, para mejorar el cuidado de la salud en todas las situaciones. Fundada en 1922, Sigma cuenta con más de 135.000 miembros activos en más de 100 países y territorios. Entre sus miembros se incluyen enfermeras en ejercicio, instructores, investigadores, formuladores de políticas, empresarios y otros. Los más de 540 capítulos de Sigma están ubicados en más de 700 instituciones de educación superior en Armenia, Australia, Botswana, Brasil, Canadá, Colombia, Corea del Sur, Escocia, Estados Unidos, Eswatini, Filipinas, Gales, Ghana, Hong Kong, Inglaterra, Irlanda, Israel, Jamaica, Japón, Jordania, Kenia, Líbano, Malawi, México, Nigeria, Países Bajos, Pakistán, Portugal, Puerto Rico, Singapur, Sudáfrica, Suecia, Tailandia, Taiwán, y Tanzania. Obtenga más información en www.sigmanursing.org

Sigma Theta Tau International
550 West North Street
Indianapolis, IN, USA 46202

Para solicitar libros adicionales, comprar en grandes cantidades, solicitar una ejemplar para su revisión y posible recomendación de uso en una asignatura/curso, o para comprarlos para uso corporativo, comuníquese con Sigma Marketplace. Envíe un correo electrónico a solutions@sigmanursing.org o llame al 888.654.4968/EE. UU. y Canadá) o al +1.317.687.2256 (Internacional).

Para solicitar información, para solicitudes de ponentes u otras cuestiones relacionadas con las autoras, comuníquese con Sigma Marketing en el 888.634.7575 (EE. UU. y Canadá) o en el +1.317.634.8171 (Internacional).

ISBN: **9781948057240**
EPUB ISBN: **9781948057257**
PDF ISBN: **9781948057264**
MOBI ISBN: **9781948057271**

First Printing, 2020

Translated from Grinspun, D., & Bajnok, I. (2018). *Transforming nursing through knowledge: Best practices for guideline development, implementation science, and evaluation.* Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.

Translation Team: Marta Aroyo, BS; Laura Albornos-Muñoz, MSc, BSc; Noelia Rodríguez Escobar, BS; Esther González-María, PhD, RN; Elvira Casado-Ramirez BS, MSc; Pablo Calvete Pérez; Alejandra Belmar; Amalia Silva; Javiera Chaparro; Maribel Esparza; Olga Lucía Gómez; Patricia Skol
Translation Project Managers: Teresa Moreno Casbas, PhD, RN, FEAN, FAAN, y Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD(hon), Dr(hc), O.ONT

Spanish Edition Credits
Publisher: Dustin Sullivan
Acquisitions Editor: Emily Hatch
Managing Editor: Carla Hall
Production Editor: Jane Palmer
Publications Specialist: Todd Lothery
Cover Designer: Rebecca Batchelor
Page Design and Composition: Rebecca Batchelor
Illustrator: Michael Tanamachi

English Edition Credits
Publisher: Dustin Sullivan
Acquisitions Editor: Emily Hatch
Managing Editor: Carla Hall
Editorial Coordinator: Paula Jeffers
Development and Project Editor: Kezia Endsley
Copy Editor: Erin Geile
Cover Designer: Rebecca Batchelor
Proofreaders: Gill Editorial Services, Todd Lothery
Page Design and Composition: Rebecca Batchelor
Illustrator: Michael Tanamachi
Indexer: Joy Dean Lee

DEDICACIONES

Este libro está dedicado a:

- Las enfermeras en todos los roles y otros profesionales de la salud por su compromiso inquebrantable y su pasión por la excelencia en la atención sanitaria.
- Las organizaciones de salud en todos los sectores e instituciones académicas que se esfuerzan por crear entornos de práctica y aprendizaje que optimicen la adopción de pruebas.
- Los estudiantes de todas las profesiones sanitarias que se beneficiarán de este libro para continuar construyendo sobre el legado de la práctica basada en la evidencia.
- Los gobiernos y otras entidades interesadas cuyo objetivo es mejorar la eficacia del sistema de salud y obtener resultados óptimos para todos
- Al público en general, que confía en las enfermeras, y cuya salud y bienestar son el centro de nuestro trabajo.

Juntos debemos asegurarnos de que nuestro sistema de salud se base en la mejor evidencia posible para construir comunidades saludables para hoy y mañana.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al personal de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO), presente y pasado, quienes han contribuido con su experiencia y compromiso inquebrantable para desarrollar y dar voz al Programa de Guías de Buenas Prácticas. Un agradecimiento especial al Gobierno de Ontario por reconocer la capacidad de la RNAO para liderar este programa innovador y lograr resultados más allá de nuestros sueños. Nuestros Paneles de Expertos y revisores de las comunidades interesadas, que han ofrecido generosamente su tiempo y conocimientos para crear directrices rigurosas basadas en evidencia y herramientas relacionadas, merecen nuestro más profundo agradecimiento.

El reconocimiento se extiende a nuestros consejos asesores locales e internacionales que han contribuido con sus conocimientos y sabios consejos. Aplaudimos a nuestras Best Practice Spotlight Organizations (BPSO) y a sus Champions por dar vida a este movimiento global a través del liderazgo y la acción intencionada en todo el espectro, desde la atención directa hasta la sala de juntas. Agradecimiento inagotable a la junta directiva de la RNAO, a la asamblea de representantes y a todos los miembros de la asociación por ser embajadores orgullosos de este trabajo de vanguardia.

Estamos en deuda con los equipos de autores de cada capítulo, quienes han mostrado brillantemente las teorías y sus experiencias reales presentadas en este libro. Un sincero agradecimiento a Josephine Mo por su exquisita competencia e incontables horas en la coordinación de las comunicaciones y la edición de este libro. El equipo editorial de Sigma, especialmente Carla Hall, Emily Hatch, y Jane Palmer, han enriquecido este libro y nuestras vidas. Su experiencia, actitud y amabilidad hacen de Sigma un editor de elección y un equipo de ensueño con el que trabajar; le estaremos siempre agradecidos.

Agradecemos profundamente a nuestras familias, quienes han sido parte de este viaje desde el principio, entendiendo la importancia de la excelencia en la enfermería y nuestra dedicación a este trabajo. Por último, nos agradecemos mutuamente por el viaje que hemos hecho juntas. Construir este movimiento global innovador ha sido importante, satisfactorio y divertido. La producción de este libro es la guinda del pastel.

Agradecimientos por la edición en Español: Agradecemos profundamente al equipo de trabajo que llevo a cabo la traducción de este libro. En primer lugar, a la Dra. Teresa Moreno Casbas, por servir de coordinadora del equipo de traducción, con su dedicación infalible y su entendimiento profundo de la importancia de este libro y el programa de Guías de Buenas Prácticas y los BPSO. Agradecemos también a la Dra. Esther González y Magister Laura Albornos por su compromiso y seriedad de trabajo, así como a Elvira Casado, Pablo Calvete y Noelia Rodríguez que han hecho una excelente labor de revisión de estilo, de concordancia entre términos y hayan revisado para que toda la traducción estuviese de acuerdo con el texto original. A la revisión de los textos de los diferentes capítulos han contribuido activamente Alejandra Belmar, Amalia Silva, Javiera Chaparro, Maribel Esparza, Olga Lucía Gómez, y Patricia Skol. Juntas hemos abierto puertas y caminos nuevos, fuertes, innovadores y apasionados para llevar la evidencia a enfermeras de habla hispana y millones de pacientes en el mundo.

SOBRE LOS AUTORES

DORIS GRINSPUN, PHD, MSN, BSCN, RN, LLD(HON), DR(HC), O.ONT

Doris Grinspun es la gerente ejecutiva (Chief Executive Officer) de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO), la asociación profesional que representa a enfermeras registradas, nurse practitioners, y estudiantes de enfermería en la provincia de Ontario -- la jurisdicción más grande de Canadá. El mandato de RNAO es promover políticas públicas saludables y el papel de las enfermeras registradas y nurse practitioners. Grinspun asumió este cargo en 1996. Es la fundadora y visionaria del Programa de Guías de Buenas Prácticas internacionalmente reconocido de RNAO y una figura destacada en la política de salud y en la enfermería canadiense e internacional.

De 1990 a 1996, Grinspun se desempeñó como Directora de Enfermería en el Hospital Mount Sinai de Toronto. También ha trabajado en práctica asistencial como en actividades administrativas en Israel y los Estados Unidos. Grinspun, quien nació en Chile, tiene un diploma RN de la Escuela de Enfermería Hadassah en Jerusalén, Israel; un bachillerato en Enfermería y Comportamiento Organizacional de la Universidad de Tel Aviv, Israel; una Maestría en Ciencias en Enfermería de la Universidad de Michigan en Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos; y un Doctorado en Sociología del Departamento de Sociología de la Universidad de York en Toronto, Ontario, Canadá.

Grinspun es profesora adjunta en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Toronto, profesora adjunta en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Ottawa y miembro asociado del Centro de Investigación sobre América Latina y el Caribe (CERLAC) de la Universidad de York. Grinspun fue miembro de la junta directiva de Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing (Sigma) del 2013 al 2017. Ella ha liderado varios grupos de trabajo y comités de Sigma y es una orgullosa Sigma's Virginia Henderson fellow.

Durante más de dos décadas, Grinspun ha liderado muchos programas internacionales en América Latina y América Central, China, Australia y Europa. Ha publicado extensivamente y brindado numerosas conferencias magistrales en Canadá y el extranjero. Es una firme defensora del sistema de salud universal de Canadá y de la contribución tanto de las enfermeras registradas, como de las nurse practitioners en su éxito. Su experiencia es en las áreas de salud y enfermería.

Grinspun aparece frecuentemente en los medios de comunicación, actualizando temas en enfermería, salud, política social, y práctica basada en evidencia. Ha aparecido en altos medios de comunicación y publicaciones por su liderazgo audaz, convincente y visionario. Los ejemplos incluyen El Norte de la Ciudad (Ontario, 2004); National Review of Medicine (Canadá, 2004); Perfil Provincial GP (Ontario, 2005); Pace International (Australia, 2005); Factor Hispano (2006); Nursing Economic$ (Estados Unidos, 2010); Jewish Tribune (Canadá, 2013); El País (España, 2014); La Vanguardia (España, 2012, 2014); y numerosos periódicos en Chile, Perú y España en 2016, 2017 y 2018.

A lo largo de su carrera, Grinspun ha recibido innumerables premios profesionales y académicos. En 2003, el gobierno de Ontario la invistió con la Orden de Ontario, en reconocimiento del más alto nivel de excelencia individual y logros en cualquier campo. En 2010, la Asociación Canadiense de Negocios Hispanos la nombró uno de los 10 canadienses hispanos más influyentes. En 2011, el Instituto de Tecnología de la Universidad de Ontario le otorgó el título de Doctor en Leyes Honoris Causa. En 2012, recibió el Premio de Liderazgo en Enfermería de Lambda Pi at-Large de Sigma. También en 2012, Grinspun recibió el Premio de Liderazgo de Enfermería del Canadian College of Health Leaders. En 2013, recibió la Medalla del Jubileo de Diamante de la Reina Isabel de Reino Unido. En 2017, el Colegio de Enfermeros de Perú le otorgó la Lampara Florencia Nightingale (Lámpara de Florence Nightingale). También en 2017, fue declarada Visitante Distinguida Municipalidad de Tacna, Perú, y se le otorgó la Medalla de la Ciudad de Tacna. En Febrero de 2018, Grinspun fue la primera enfermera en recibir un Doctor Honoris Causa por la Universitat de Lleida – España.

IRMAJEAN BAJNOK, PhD, MScN, BScN, RN

Irmajean Bajnok es ex Directora del Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de Buenas Prácticas (IABPG) de RNAO. En esta capacidad Cargo que desempeñó desde 2007 al 2016, supervisó el desarrollo, la difusión, las actividades de apoyo a la implantación y la evaluación de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO (BPG) en áreas de entorno laboral clínico y saludable. Ella inició y dirigió el desarrollo de las innovadoras Guías de Mejores Prácticas para el Medio Ambiente de Trabajo Saludable, que se expandieron para incorporar BPG relacionados con el sistema y la organización. Bajnok dio forma a los BPG de Ambiente de trabajo saludable para abordar los problemas centrales de liderazgo, trabajo en equipo, profesionalismo, carga de trabajo y dotación de personal y diversidad cultural, así como el entorno de trabajo crítico continuo y los desafíos del sistema. Ella desempeñó un papel principal en muchas estrategias desarrolladas para apoyar y evaluar la implantación de la práctica basada en evidencia a nivel local, provincial e internacional a través de los BPG de RNAO.

Nacida en Saskatchewan, Bajnok obtuvo su diploma RN del Hospital General de Winnipeg y un BScN de la Universidad de Alberta. Tiene una Maestría en Enfermería y un Doctorado en Epidemiología de la Western University.

Bajnok es reconocida como una líder en Ciencia de Implantación. En sus funciones con RNAO, desarrolló una serie de enfoques creativos para apoyar la traducción del conocimiento a nivel local, nacional y global. Bajnok desempeñó un papel fundamental en la implantación y el mantenimiento de las mejores prácticas del entorno de trabajo clínico y saludable de RNAO a través de la Red de Campeones de RNAO, la Designación de la Organización de Mejores Prácticas Destacadas, Conjuntos de Órdenes de Enfermería e institutos de aprendizaje relacionados con BPG. También tuvo un papel decisivo en su trabajo como codirectora del Centro de Investigación de Mejores Prácticas de Enfermería (NBPRC) y como Coeditora de la revista en línea de acceso abierto *Diabetic Foot Canada*.

La promoción de culturas basadas en evidencia ha sido una pasión para Bajnok, ya que viajó extensamente en Canadá e internacionalmente, trabajando con profesionales y organizaciones de atención médica para promover las culturas de práctica de enfermería basadas en evidencia como parte de la Designación de la Organización de Mejores Prácticas de RNAO y la Red de Campeones de Mejores Prácticas. En su mandato como Directora del Centro IABPG, la designación BPSO, ampliamente reconocida como una estrategia efectiva de traducción del conocimiento a nivel organizacional, se trabajó para incluir una nueva categoría de BPSO Académica, que ahora cuenta con una aceptación mundial. Bajnok también jugó un papel decisivo en la expansión de la designación BPSO tanto a nivel provincial como internacional, de modo que ahora se extiende a 12 países y continúa creciendo.

Bajnok tiene una plaza universitaria en la Universidad de Ottawa como profesor adjunto en la Facultad de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Antes de unirse al equipo de RNAO, Bajnok tuvo una extensa y exitosa carrera en la práctica, la academia y la administración, incluidas las funciones de profesor en la Universidad de Western Ontario y la Universidad de Ryerson, donde se desempeñó como Directora del programa de enfermería desde 1982 a 1988 y dirigió la Facultad en el desarrollo del programa de licenciatura en enfermería, el primer programa de grado básico en Ryerson. Sus funciones de práctica abarcaron la atención aguda como Directora de práctica en el Hospital Mount Sinai en Toronto y atención domiciliaria como Directora de práctica profesional en VON Toronto, Canadá. Fue directora fundadora del Centro de Colaboración de la OMS en el Hospital Mount Sinai y se desempeñó como directora ejecutiva fundadora del Programa de Desarrollo de Profesionales de la Salud de la Mujer en Pakistán, un programa multipartito con la Universidad Aga Khan, la Universidad McMaster y los gobiernos de Canadá y de Pakistán. with the Aga Khan University, McMaster University, and the governments of Canada and of Pakistan.

Bajnok es ex presidente de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (1977–1979), ex miembro del Consejo del Colegio de Enfermeras de Ontario (1998–2004) y ex miembro del comité Sigma (noviembre de 2015 a noviembre de 2017.)

AUTORES COLABORADORES

Sonia Abad Vásquez, MA, BScN, RN
Ex Jefe de Enfermería, Clínica las Condes— BPSO Directo de Servicio

Sonia Abad Vásquez fue Jefa de Enfermería en la Clínica las Condes del 2012 a 2017. Fue responsable de la gestión administrativa y la gestión del capital humano, la capacitación de equipos de alto nivel y la implantación de enfermería basada en evidencia como medida para garantizar la calidad de atención centrada en la persona en la institución. Abad Vasquez se graduó como RN y partera de la Universidad Católica de Chile. Tiene una Maestría en Administración y Gestión en Salud de la Universidad de los Andes y actualmente está cursando una Maestría en Gestión de Enfermería en la Universidad Europea de Madrid. Ha participado en varios programas para ejecutivos de salud, incluida la observación en diferentes hospitales de América Latina, Europa y los Estados Unidos. Abad Vázquez ha participado como docente en programas de posgrado, congresos, y seminarios. Tiene más de ocho años de experiencia clínica en atención crítica de pacientes, así como un fuerte liderazgo en administración y gestión trabajando con equipos interprofesionales y como líder prácticas avanzadas en atención ambulatoria y servicios de emergencia.

Laura Albornos-Muñoz, BSc
Investigador, Unidad de Investigación en Enfermería y Salud (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III—Anfitrión de BPSO

Laura Albornos-Muñoz es licenciada en ciencias por la Universidad de Valladolid. Desde 2010, ha trabajado como investigadora en el Centro Español de Enfermería y Atención de Salud Basada en la Evidencia de la Unidad de Investigación de Enfermería (Investén-isciii). Ha sido miembro del comité científico de numerosas conferencias internacionales. Albornos-Muñoz tiene experiencia en metodología de salud y ha participado en proyectos de investigación nacionales y europeos relacionados con la implantación basada en evidencia, especialmente en prevención de caídas y promoción de la salud. Otros proyectos incluyen el envejecimiento activo y la atención médica de programas como el 7PM, el CIP, la Agencia Nacional y la Red Temática en personas mayores y frágiles (RETICEF).

Barbara Bell, MN, BScN, RN, CHE
Ex Director Ejecutiva de Enfermería y Oficial de Profesiones de la Salud
West Park Healthcare Center—BPSO Directo de Servicio

Barbara Bell es Vicepresidenta de Calidad y Seguridad de la Red Central de Integración Local de Salud. Es ex directora ejecutiva de enfermería y oficial de profesiones de la salud en el West Park Healthcare Center en Toronto. A lo largo de 19 años en West Park, ocupó varios puestos y proporcionó liderazgo en una variedad de áreas: práctica profesional, apoyo a la toma de decisiones clínicas, administración de investigaciones, calidad, gestión de riesgos, registros de salud, ética y privacidad. Ella defendió el compromiso continuo de West Park con la implantación de las Guías de mejores prácticas y lanzó el Desarrollo de prácticas.

Alejandra Belmar Valdebenito, BScN
BPSO Lead, Clínica Las Condes—BPSO Directo de Servicio

Alejandra Belmar Valdebenito es enfermera de la Clínica Las Condes (CLC) en Santiago, Chile. Tiene una licenciatura de la Universidad de Los Andes en Santiago; diploma en cuidados críticos de pacientes adultos; diploma en manejo y control de infecciones; y postgrado en administración y gestión de servicios clínicos. Belmar Valdebenito está completando una Maestría en Epidemiología en la Universidad de los Andes. Es experta en el cuidado de pacientes críticos, ya que ha trabajado en la unidad de cuidados intensivos del adulto

CLC de 2010 a 2015. En 2015, Belmar Valdebenito fue nombrado gerente de programa y líder de BPSO, responsable de la implantación y supervisión de la designación de BPSO en la Clínica las Condes y las Guías de Buenas Practices de RNAO, coordinación de conferencias internacionales anuales de enfermería e implantación de proyectos de investigación en enfermería. Actualmente está en capacitación para convertirse en entrenadora certificada por la RNAO.

Rob Bonner
Director, Operaciones y Estrategia, Federación Australiana de Enfermería y Partería (ANMF) (SA Branch) BPSO Host en Australia

Rob Bonner es Director de Operaciones y Estrategia de la Federación Australiana de Enfermería y Partería (Sucursal SA). Su papel incluye el liderazgo de los programas industriales, educativos y de membresía de la Sucursal del Sur de Australia. Bonner dirigió un equipo de investigación nacional que estableció una metodología basada en evidencia para la combinación de personal y habilidades en la atención de ancianos residentes. Es miembro del Comité de Industria y Habilidades de Australia, que brinda asesoramiento a los gobiernos estatales y australianos a través del Consejo Ministerial del COAG y regula los paquetes de capacitación para todos los sectores de la industria. También es miembro de la Comisión de Capacitación y Habilidades de SA, que brinda asesoramiento al Gobierno de SA en materia de fuerza laboral, capacitación y habilidades y regula las áreas de aprendizaje y prácticas. Bonner también forma parte del Comité de Dirección del Centro de Investigación Rosemary Bryant AO, en colaboración con ANMF (SA Branch) y la Universidad de Australia del Sur, y es miembro de la junta de la Fundación Rosemary Bryant AO. En el sector de servicios comunitarios y de salud, Bonner tiene una larga historia de pensamiento activo y liderazgo de cambio en áreas tales como la fuerza laboral de salud, la traducción de evidencia a la práctica, estructuras profesionales, cargas de trabajo y su gestión, y sistemas de información y su apoyo a la práctica clínica.

Mariam Botros, DCh, IIWCC, CDE, Wounds Care Fellowship, Director Ejecutiva de la Universidad de Toronto, Wounds Canadá

Mariam Botros es Directora Ejecutiva de Wounds Canada. Es podóloga en la clínica de curación de heridas del Women's College Hospital y directora clínica de Diabetic Foot Canada. Es codirectora del Curso Interprofesional Internacional de Cuidado de Heridas (IIWCC) en la Universidad de Toronto. Botros ha dado conferencias sobre programas internacionales en el área de complicaciones del pie diabético y prevención de amputaciones. Ella aporta experiencia práctica y profesional a su enfoque efectivo de liderazgo. Esto se obtiene de los roles de director ejecutivo, profesional de la salud, educador, investigador y miembro de la facultad de muchas organizaciones reconocidas.

Sonya Canzian, MHSc, RN, CNN (C), Vicepresidenta Ejecutiva de Programas Clínicos, Enfermera principal y ejecutiva de disciplinas de salud, St. Michael's Hospital—BPSO Directo de Servicio

Enfermera registrada, Sonya Canzian se unió al Hospital St. Michael en 1990. Desde entonces, ha ocupado puestos progresivamente altos en cuidados críticos, educación y administración. Canzian es responsable del manejo operativo de los programas de trauma / neurocirugía, movilidad, corazón y vascular, cuidados críticos, cuidados complejos especializados y servicios de cáncer. También es responsable de las disciplinas de enfermería y salud, práctica profesional, educación e investigación. Designada en forma conjunta para la Universidad de Toronto y profesora en el programa de cuidados críticos en George Brown College, también actúa como mentora de la Asociación Canadiense de Enfermeras para la certificación de enfermería en neurociencia y Directora e Instructora Nacional para el curso de Atención Avanzada de Trauma para Enfermeras de la Sociedad de enfermeras de trauma. Canzian tiene una Maestría en Ciencias de la Salud de la Universidad Charles Sturt en Australia.

Olga L. Cortés, PhD, MSc, CCN, RN
Investigador asociado, Departamento de Investigación y Departamento de Enfermería de la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia— BPSO Directo de Servicio

Olga L. Cortés es una estudiante graduada en el programa de Maestría y Doctorado de la Universidad McMaster, Hamilton, Ontario. Se formó como enfermera de cuidados intensivos y ahora es investigadora asociada en el Instituto de Cardiología de la Fundación Cardioinfantil (FCI-IC). Su principal interés es evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería, como la movilización temprana y la prevención de complicaciones asociadas con el reposo prolongado en cama en adultos hospitalizados y ancianos con afecciones crónicas. Es líder en investigación de enfermería en la realización de ensayos clínicos controlados aleatorios y en la realización de revisiones sistemáticas y metanálisis. Cortés lidera el estudio PENFUP sobre la evaluación del impacto del uso de apósitos hidrocoloides en la prevención de úlceras por presión en adultos de alto riesgo y el estudio PAMP Fase II sobre la evaluación del impacto de caminar versus cirugía no cardíaca programada en la movilización durante la hospitalización. Ha contribuido a la implantación de las Guías de mejores prácticas de RNAO en el FCI-IC.

Lucia Costantini, PhD, RN
Director Asociado, RNAO

Lucia Costantini asumió el cargo de Directora Asociada para el Desarrollo, Investigación y Evaluación de Directrices en el Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de Buenas Prácticas (IABPG) de RNAO en enero de 2018. Antes de eso, fue Gerente de Programa en el Centro IABPG. Recibió un diploma en enfermería de Mohawk College en 1998. A partir de ahí, ingresó a la práctica clínica, obteniendo una experiencia invaluable trabajando en áreas quirúrgicas y de cuidados críticos. Mientras trabajaba junto a la cama, Costantini continuó su educación y completó una Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Ryerson en 2000. Después de la graduación, cambió su enfoque clínico para trabajar con adultos que reciben hemodiálisis aguda y crónica. Regresó a la Universidad de Ryerson y completó una Maestría en Enfermería en 2006. Otras experiencias de práctica clínica incluyeron Coordinadora de Educación para el programa renal y el programa de diálisis independiente. Costantini completó sus estudios de Doctorado en la Universidad McMaster en junio de 2016. En su disertación doctoral, desarrolló y evaluó un instrumento que mide el autocontrol para adultos con múltiples comorbilidades que reciben hemodiálisis en el centro y en el hogar; También examinó la angustia psicológica y las estrategias de afrontamiento en esta población.

Elizabeth Dabars, AM
Profesor Asociado Adjunto, CEO/Secretario, ANMF (SA Branch)—BPSO Host en Australia

La profesora adjunta Elizabeth Dabars, AM, es la directora ejecutiva / secretaria de la ANMF (sucursal de SA), representando a más de 20,000 miembros en todo el sur de Australia y orgullosa del hecho de que la membresía ha crecido en un 90% desde que asumió el cargo en el 2008. Posee calificaciones en enfermería, educación, liderazgo, administración y derecho, y trabajó como abogada en Duncan Basheer Hannon inmediatamente antes de asumir su cargo actual. Su estado académico se mantiene en la Universidad de Flinders, convirtiéndose en miembro (AM) en la División General de la Orden de Australia en junio de 2014 en reconocimiento a su importante servicio a la administración médica, particularmente a enfermería y partería, a la comunidad y a organizaciones de salud mental.

Tracey DasGupta, MN, RN
Director de práctica interprofesional, Sunnybrook Health Sciences Centre— BPSO Directo de Servicio

Tracey DasGupta es directora de práctica interprofesional en el Sunnybrook Health Sciences Center y profesora adjunta en la Facultad de Enfermería Bloomberg de la Universidad de Toronto. Ella se ha apasionado por la atención médica, la calidad de vida, el liderazgo y la colaboración interprofesional desde que se convirtió en enfermera en 1991. Ha cumplido funciones de atención directa a lo largo de la continuidad de la atención y ha tenido la oportunidad de seguir creciendo en roles de liderazgo como como educador, líder de práctica profesional y director de práctica de enfermería. En su puesto actual, está proporcionando liderazgo para la atención interprofesional y la implantación de mejores prácticas. Ella cree que en la vida, es importante encontrar algo que valga la pena buscar y luego perseguirlo con pasión.

Barbara Davies, PhD, RN, FCAHS
Profesor, jubilado, Universidad de Ottawa, Ontario, Canadá

Barbara Davies ha enseñado métodos de investigación en programas de pregrado y posgrado. Fue codirectora de la Unidad/Centro de Investigación de Mejores Prácticas de Enfermería durante 9 años y Vicedecana de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud. Recibió el Premio a la Excelencia en Investigación Premier del Ministerio de Empresa, Oportunidad e Innovación de Ontario, Canadá. Es miembro de la Academia Canadiense de Ciencias de la Salud. Su programa de investigación tiene como objetivo aumentar la traducción y la aplicación de la evidencia en la práctica para los trabajadores de atención médica de primera línea, los tomadores de decisiones y los consumidores. Ella participa activamente en el desarrollo, implantación, evaluación y sostenibilidad de las guías de buenas practiceas en enfermería y atención médica. Fue copresidenta del panel de desarrollo de RNAO Toolkit: Implementation *of Best Practice Guidelines.* Recientemente publicó *Reading Research: A User-Friendly Guide for Health Professionals*, Sixth Edition, con Elsevier.

Maribel Esparza-Bohórquez, MSc, BScN, RN
Jefe de División de Enfermería, Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL)
BPSO Directo de Servicio

Maribel Esparza-Bohórquez ha sido enfermera jefe de FOSCAL desde 2005. Tiene una licenciatura en Ciencias de la Universidad Industrial de Santander. Tiene un certificado en Educación y Auditorías de Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga en Bucaramanga, Colombia. Esparza-Bohórquez tiene una Maestría en Enfermería con Especialización en Administración de la Universidad Nacional de Colombia. Tiene un puesto en el tribunal departamental de ética de enfermería de la región del norte oriental en Colombia y es instructora de orientación BPSO certificada por la RNAO.

Olga Lucía Gómez Díaz, MA (Ed), RN
Director del Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga
BPSO Directo-Académico

Olga Lucia Gómez Díaz es una enfermera líder ~~registrada~~ con muchos años de experiencia en la práctica, administración, educación e investigación. Es la directora inaugural del programa de enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), un puesto que ha ocupado desde 2008. En la UNAB, ha trabajado con su equipo para liderar el desarrollo del plan de estudios de enfermería. Antes de eso, trabajó como Coordinadora y Consultora del departamento de enfermería de la Fundación Oftalmológica de Santander. Trabaja estrechamente con educadores de salud en grupos de investigación en los campos de medicina, enfermería y psicología de la UNAB. Ha recibido varios premios, incluido el Premio Nacional de Antropología, y premios de Excelencia en Enfermería otorgados por la Universidad Industrial de Santander y Colciencias.

Esther González-María, PhD, MSc, RN
Transferencia de conocimiento, Unidad de Investigación en Enfermería y Salud (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III—Anfitrión de BPSO

Esther González-María tiene educación formal en enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid (1985). Obtuvo una maestría en ciencias en la Universidad de Montreal (1993) y un doctorado en investigación en cuidados de enfermería de la Universidad de Murcia (2015). González-María es miembro de una Red Temática sobre Envejecimiento Saludable y Fragilidad (CIBERFES), y ha participado en grandes proyectos de investigación nacionales e internacionales. Es revisora de varias revistas científicas internacionales de enfermería. Sus principales focos de investigación son 1) mejorar la práctica basada en la evidencia y la transferencia de conocimiento en la práctica clínica de enfermería; 2) factores que influyen en la traducción del conocimiento; 3) medición del proceso de enfermería y las características del personal de enfermería y el impacto de la enfermería en los resultados del paciente; y 4) indicadores sensibles a la enfermería.

Lina Maria Granados Oliveros, MSc, RN
Coordinador de Hospitalización, CLINICA FOSCAL—BPSO directo de Servicio

Lina Maria Granados Oliveros es enfermera en FOSCAL. Es Licenciada por la Universidad Industrial de Santander; Maestría en Enfermería con énfasis en el Área Materna Perinatal de la Universidad Nacional de Colombia; y participa como magistrado de la corte departamental regional de enfermería del noreste.

Valerie Grdisa, PhD, MS, BScN, RN
Directora del Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de Buenas Prácticas (IABPG), RNAO

Valerie Grdisa es Directora del Centro IABPG en RNAO, un puesto que asumió en noviembre de 2016. Ella trae experiencia relevante en servicios de salud, educación y administración, como así funcionario del gobierno. A lo largo de su carrera, ha implementado los BPG de RNAO tanto en organizaciones de proveedores de servicios como en instituciones académicas. En su papel de gobierno, fue Asesora Principal de Enfermería en Alberta, Canadá, donde trabajó en estrecha colaboración con los ministros de salud, el viceministro y sus colegas adjuntos en una amplia gama de proyectos, incluido el desarrollo del plan del sistema de salud y un programa integrado de estrategia de recursos humanos en salud. Grdisa tiene una licenciatura en enfermería de la Universidad de Toronto, una Maestría en Ciencias de la Universidad Estatal de Nueva York y un Doctorado en Filosofía en Servicios de Salud e Investigación de Políticas de la Universidad McMaster, especializada en la integración de sistemas de medición. Es profesora adjunta en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Lethbridge y en la facultad de enfermería de la Universidad de Calgary. Grdisa ha sido un miembro orgulloso y activo de RNAO desde la década de 1990.

Guo Hailing, RN
Profesora Asociada, Directora de Enfermería, y Patrocinadora BPSO, Hospital DongZhiMen BPSO directo de Servicio, afiliada a la Universidad de Medicina China de Beijing

Guo Hailing es profesora asociada de enfermería; Maestra supervisora; Directora del departamento de enfermería del Hospital DongZhiMen afiliado a la Universidad de Medicina China de Beijing; y patrocinador de la Best Practice Spotlight Organization (BPSO) en el Hospital DongZhiMen. Ocupa varios puestos, entre ellos, Directora Ejecutiva del Instituto de Educación Superior Nacional de Medicina Tradicional

China (MTC), miembro del consejo de la rama de enfermería del Instituto de Investigación del Hospital de China, Vicepresidenta del comité especializado de enfermería de Beijing asociación de cine integrado chino y occidental, vicepresidenta del comité especializado de enfermería de la asociación TCM de Beijing, líder del proyecto de especialidades clave de la administración TCM de Beijing, y líder de la base de capacitación de Beijing (hospital DongZhiMen) del personal de enfermería de TCM. También es editora asociada del libro de texto Nutrición clínica para el programa de educación de enfermería para adultos en instituciones superiores de medicina tradicional china. Lideró y participó en ocho proyectos de investigación, publicó 15 artículos y solicitó dos patentes nacionales. También es miembro del consejo editorial del *Chinese Journal of Modern Nursing*.

Barbara Heatley O'Neil, MAdEd, BScN
Presidente, Grupo de Entrenamiento Coactivo O'Neil
Ex jefe ejecutiva de enfermería, jefe de práctica interprofesional y desarrollo organizacional Bluewater Health— BPSO Directo de Servicio

Barbara Heatley O'Neil ha ocupado diversos cargos de liderazgo en el sector de cuidados agudos. Obtuvo su licenciatura en enfermería de la Universidad de Windsor. En 2008, se convirtió en Jefa Ejecutiva de Enfermería y Jefa de Práctica Interprofesional y Desarrollo Organizacional en Bluewater Health, donde dirigió la iniciativa de convertirse en una Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario Best Practice Spotlight Organization (BPSO). Con interés en la cultura organizacional, O'Neil completó su Maestría en Educación de Adultos (Universidad St. Francis Xavier). Es profesora de investigación apreciativa y es practicante de indicadores de tipo Myers-Briggs. Ella está escribiendo un libro sobre liderazgo de servicio. O'Neil se retiró de Bluewater Health en marzo de 2016 y comenzó su segunda carrera como Presidenta y Coach de Liderazgo Ejecutivo en O'Neil Co-Active Coaching Group. Ella describe esto como un trabajo heredado, donde el coaching, el conocimiento, las estrategias de influencia complejas, la escritura y el liderazgo se combinan para ayudar a otros a tener éxito. Ella cree que el liderazgo requiere amabilidad, una actitud positiva y coraje.

Edith Ho, GradDipBus (AdminMgmt), BNg, RN
Oficial profesional, Federación Australiana de Enfermería y Partería (ANMF)

Edith Ho es una enfermera registrada que ha trabajado en diferentes entornos clínicos en el extranjero y en Australia y ha desempeñado funciones de liderazgo, informática y liderazgo en enfermería de cuidados intensivos. Completó un diploma de posgrado en administración de empresas, una Licenciatura en Enfermería y estudios de posgrado en Enfermería Médica de Cuidados Intensivos y de Envejecimiento. Como oficial profesional en ANMF (SA Branch), Ho desempeña un papel importante en el equipo australiano del proyecto BPSO, apoyando a los sitios australianos de BPSO en la implantación de BPG. Ella es la gerente australiana de BPSO NQuIRE. En ese puesto, utiliza su experiencia en informática de enfermería y su conocimiento de gestión, dirige la evaluación del programa y valida las definiciones de datos, los cálculos y las aplicaciones. Ho también guía la revisión de la metodología de evaluación y sus resultados clínicos y de calidad relacionados.

Carol Holmes, MN, RN, GNC (C)
Ex Gerente del Programa, Programa de Mejores Prácticas de Atención a Largo Plazo, RNAO

Carol Holmes se retiró recientemente después de 43 años en enfermería. Su experiencia profesional abarca la práctica clínica de enfermería, educación, liderazgo y administración. Mientras trabajaba en hospitales académicos de enseñanza, dirigió el desarrollo, implantación y evaluación de programas basados en evidencia que dieron como resultado, resultados positivos para los adultos mayores. En el rol de Gerente del

Programa con el Programa de Mejores Prácticas de Atención a Largo Plazo desde abril de 2014 hasta mayo de 2017, Holmes dirigió un equipo de 16 enfermeras registradas que brindan experiencia en implantación a hogares de atención a largo plazo en Ontario para integrar sistemáticamente el trabajo clínico y saludable de RNAO Directrices de mejores prácticas medioambientales. Ella co-dirigió el desarrollo de la Organización de Mejores Prácticas de Atención a Largo Plazo y dirigió el desarrollo de recursos clave que apoyan la transferencia de conocimiento y el desarrollo de capacidades. Holmes es una enfermera registrada con títulos de pregrado y posgrado en enfermería de la Universidad de Toronto. Tiene conocimiento clínico avanzado en el cuidado de adultos mayores y ha sido enfermera gerontológica certificada por la Asociación Canadiense de Enfermeras durante 18 años.

Jennifer Hurley, MHSM, RN, RM
Gerente, Programas Profesionales, Federación Australiana de Enfermería y Parterí (Sucursal SA)—BPSO Host en Australia

Jennifer Hurley es una enfermera registrada y partera que ha trabajado en una amplia gama de roles de liderazgo, clínica, informática y gestión en los sectores agudo, subagudo y comunitario a nivel estatal y nacional. Como parte de su rol actual como Gerente, Programa Profesional, en la ANMF (Sucursal SA) y Gerente del Programa de Organización Australiana Destacadas de Mejores Prácticas, Hurley ha liderado el establecimiento y la implantación de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario BPSO reconocida internacionalmente. Programa en Australia: transferencia de la última evidencia a la práctica dentro de los sitios de SA Health. El Programa BPSO es reconocido como un facilitador de enfermeras y parteras, liderando el camino con su enfoque de abajo hacia arriba. Hurley también ha desempeñado un papel integral en el desarrollo del modelo de dotación de personal seguro del sector público de SA y en el desarrollo e implantación de las reglas comerciales de apoyo que proporcionan el marco para el desarrollo, monitoreo, revisión y gestión continuos de este nuevo modelo de dotación de personal. En su cargo actual en ANMF (SA Branch), apoya el reconocimiento y el avance del papel esencial de las enfermeras, las parteras y los asistentes de personal del cuidado en la provisión de atención de salud y atención a personas de edad a nivel estatal. Hurley representa a los miembros en una amplia gama de problemas que afectan las profesiones de enfermería y partería, y en última instancia, la salud y el bienestar de la comunidad.

Suman Iqbal, MSN/MHA, RN, CON(C)
Gerente Senior, Programa de Mejores Prácticas de Cuidado a Largo Plazo (LTC), RNAO

Suman Iqbal es Gerente Senior del Programa de Mejores Prácticas de Cuidado a Largo Plazo (LTC) en la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO), un puesto que ha ocupado desde 2017. Las funciones principales del rol son avanzar en la implantación en toda la provincia y la evaluación de las Directrices de mejores prácticas (BPG) en el sector LTC liderando, coordinando y desarrollando proyectos, recursos y actividades basados en el programa. Antes de eso, Iqbal fue la Coordinadora de mejores prácticas de LTC para proyectos provinciales, donde dirigió la revisión y el desarrollo del *Kit de herramientas de mejores prácticas de LTC*, segunda edición, y el recurso electrónico de orientación de enfermería. Iqbal es una enfermera registrada con una Maestría combinada en Ciencias en Enfermería y una Maestría en Administración de Salud de la Universidad de Phoenix. Tiene más de 30 años de experiencia en la prestación de atención centrada en la persona en oncología de cuidados agudos y entornos de atención a largo plazo en diversos roles, incluido el liderazgo de alto nivel. Ella ha establecido, liderado y sostenido con éxito un cambio positivo a través de la implantación de mejores prácticas y las iniciativas de mejora de la calidad en la atención a largo plazo y la atención aguda, incluidas las actividades de predescendencia de Best Practice Spotlight Organization (BPSO).

Sheila John, MScN, BScN, RN
Gerente Senior, Iniciativa de Salud Mental y Adicción e Intervención del Tabaco, RNAO

Sheila John es una enfermera registrada que actualmente es Gerente Senior de Salud Mental y Adicciones y la Iniciativa de Intervención del Tabaco en el Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de Buenas Prácticas de RNAO. Obtuvo su Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Ryerson y su Maestría en Ciencias en Enfermería de D'Youville College en Nueva York. El trabajo de John se ha centrado principalmente en la salud mental a través de roles como líder de práctica clínica en Rouge Valley Health System, instructor para Durham College, y enfermera de atención directa en Trillium Health Partners. Su función actual en RNAO consiste en supervisar el exitoso programa de Salud Mental y Adicciones y la Iniciativa de Intervención del Tabaco. John ha administrado la Iniciativa de Intervención del Tabaco durante sus 9 años en RNAO y se complace en haber agregado el programa de Salud Mental y Adicciones a su cartera. También fue la directora de desarrollo de la guía para las intervenciones de integración de tabaco BPG en la práctica diaria.

Zhao Junqiang, BScN, RN
BUCM School of Nursing—BPSO Directo-Academico

Zhao Junqiang es candidato a MSN, miembro del Centro de Excelencia del Instituto Joanna Briggs de la Universidad de Medicina China de Beijing y miembro de la Organización de Mejores Prácticas (BPSO) de la Universidad de Medicina China de Beijing. Los intereses de investigación incluyen la transferencia de conocimiento y la sostenibilidad de la utilización de la guía. Ha publicado 18 artículos y participado en siete proyectos nacionales, provinciales o universitarios.

Bahar Karimi, MN, MHSc (HA), RN, CHE
Director de Servicios para Residentes, Residencia de San Pedro en el Grupo Chedoke-Thrive—
BPSO Directo de Servicio LTC-

Bahar Karimi es un líder del sistema de salud con una historia de liderazgo progresivo que abarca el trabajo como trabajador de apoyo personal a un líder ejecutivo sénior. Le apasiona el liderazgo, la enseñanza, la política y la profesión de enfermería. Ella siente firmemente que su vocación como enfermera es empoderar a las poblaciones vulnerables y marginadas. Ella ha estado involucrada con múltiples equipos y organizaciones profesionales y comunitarias como una forma de retribuir a la sociedad. Actualmente, Karimi es Directora de Servicios para Residentes en St. Peter's Residence en Chedoke-Thrive Group, un centro de atención a largo plazo sin fines de lucro de 210 camas en Hamilton. Una fuerte defensora de enfermería, también es miembro de RNAO y Presidenta del Equipo Ejecutivo del Capítulo Hamilton. Karimi fue el enlace de RNAO a través del proceso de candidatura BPSO de San Pedro cuando la organización experimentó un cambio cultural significativo hacia la práctica basada en evidencia, demostrando un crecimiento excepcional y un fuerte compromiso hacia la implantación de los BPG de RNAO y contribuyendo a muchos cambios de práctica dentro de la organización.

Nancy Lefebre, MScN, BScN, CHE, Miembro Extra, FCCHL
Director Ejecutiva Clínico y Vicepresidente Senior, Saint Elizabeth Health Care—
BPSO Directo de Servicio

Nancy Lefebre es responsable de avanzar en la estrategia de valor compartido de Santa Isabel, posicionando a la organización como líder en innovación social e impacto. Sus intereses especiales incluyen la atención

al final de la vida, la movilización del conocimiento y las asociaciones comunitarias. En su búsqueda para garantizar que una base de evidencia sólida respalde las prácticas de atención médica, Lefebre ha establecido un equipo clínico sólido y un centro de investigación colaborativo. Lefebre, uno de los primeros líderes de enfermería en Canadá en completar el programa de Becas de Solicitud de Capacitación Ejecutiva para Investigación (EXTRA), aporta a Santa Isabel más de 25 años de experiencia en el sector de la salud de América del Norte, con un enfoque en la atención comunitaria. Es profesora adjunta en la Facultad de Enfermería Lawrence S. Bloomberg de la Universidad de Toronto y ex presidenta de la Academia de Enfermeras de Canadá.

Yan Lijiao, MS, RN
BUCM School of Nursing—BPSO Directo-Academico

Yan Lijiao nació en la provincia de Hunan, China. Obtuvo su M aestría en la Universidad de Medicina China de Beijing en 2014 y trabajó como enfermera en el Hospital de la Universidad de Hong Kong-Shenzhen en 2014 y 2015. Ahora trabaja en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Beijing y ha sido la Directora de BPSO en la Universidad de Beijing de medicina china desde 2016. Su campo de investigación es la enfermería basada en la evidencia. Desde 2012, como investigadora principal involucrada en dos proyectos a nivel escolar y como participante involucrada en 10 proyectos, Lijiao ha publicado seis artículos académicos en revistas importantes en chinas como el primer autor. Los documentos incluyen un protocolo de revisión sistemática registrado en PROSPERO (registro prospectivo internacional de revisiones sistemáticas) y una revisión sistemática. Ha sido la segunda autora en dos artículos académicos, ambas revisiones sistemáticas publicadas en otorrinolaringología clínica.

Monique Lloyd, PhD, RN
Consultor Principal, MAL Consulting

Monique Lloyd es consultora de investigación con amplia experiencia y amplio conocimiento de la efectividad de la enfermería y la investigación de resultados. Tiene un gran interés en los métodos para sintetizar e informar la investigación en enfermería, en particular los enfoques para aumentar el rigor y la integridad de los métodos de síntesis para garantizar una interpretación precisa y válida de la evidencia. De 2011 a 2015, Lloyd fue Director Asociado Directa de la Línea Desarrollo, Investigación y Evaluación de RNAO, supervisando los procesos de investigación de las directrices en desarrollo y revisión. Durante su mandato, dirigió la transición de las revisiones sistemáticas de las pautas de subcontratación a un programa de investigación centralizado interno. Lloyd también dirigió el desarrollo y lanzamiento de NQuIRE (Indicadores de calidad de enfermería para investigación y evaluación), un programa internacional de medición de calidad que evalúa los resultados de la implantación de la Guía de mejores prácticas de RNAO.

Anne-Marie Malek, BN, MHSA, RN, CHE
Presidente y CEO, West Park Healthcare Center— BPSO Directo de Servicio

Anne-Marie Malek es presidenta y directora ejecutiva del West Park Healthcare Center en Toronto. West Park ofrece una gama de servicios post agudos, que incluyen rehabilitación especializada, vida comunitaria, atención continua compleja, atención a largo plazo, atención primaria y servicios de extensión comunitaria. Malek ha liderado varias iniciativas de cambio transformador dentro del Centro de Salud, impulsó su capital y renovación estratégica, y asumió un papel principal en el desarrollo de una estrategia de salud de la población a nivel LHIN. Bajo su liderazgo, West Park fue designada Organización Fundamental de Mejores Prácticas de la RNAO. Ella ha participado en las juntas del Programa Regional de Geriatría de Toronto, la Asociación de Salud y Seguridad de Servicios Públicos, y el Equipo de Salud Familiar de West Park. Tiene un puesto de profesor adjunto en el Instituto de Política, Gestión y Evaluación de la Salud de la Universidad de Toronto.

JoAnne MacDonald, PhD, MN, RN
Profesor Asociado, Escuela de Enfermería Rankin, Universidad St. Francis Xavier—
BPSO Directo-Académico

JoAnne MacDonald, PhD (Universidad de Ottawa), MN (Dalhousie University), RN, es profesora asociada de la Escuela de Enfermería Rankin de la Universidad St. Francis Xavier. Practicó en enfermería de salud comunitaria/pública y maternidad durante 22 años antes de unirse a St. Francis Xavier en 2008. Ha enseñado enfermería de salud comunitaria / pública, métodos de investigación, tendencias y problemas de salud, liderazgo en enfermería y promoción de la salud. MacDonald está actualmente involucrado en una serie de proyectos de investigación de la Guía de mejores prácticas destinados a evaluar la integración de las pautas de mejores prácticas en el plan de estudios de pregrado, el desarrollo de indicadores educativos para monitorear el impacto del uso de las pautas de mejores prácticas en el plan de estudios de pregrado y el establecimiento de alianzas académicas y de proveedores de servicios de salud para mejorar la práctica basada en evidencia. MacDonald se desempeñó como Presidente de Currículo de la Escuela de Enfermería de la Universidad St. Francis Xavier y como líder de la Organización de Spotlight de Mejores Prácticas Académicas de la Escuela de Enfermería de Rankin.

Heather McConnell, MA (Ed), BScN, RN
Director Asociado, Implantación de Directrices y Transferencia de Conocimiento, RNAO

Heather McConnell es Directora Asociada, Implantación de Directrices y Transferencia de Conocimiento, en la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, una posición que ha ocupado desde 2007. En este cargo, lidera un programa de implantación multifacético para apoyar la toma de evidencia en la práctica. Esto incluye una variedad de estrategias dirigidas a niveles individuales, de organización y de sistemas. McConnell es miembro senior del Centro de Investigación de Mejores Prácticas de Enfermería (NBPRC). De 2001 a 2007, fue directora del programa RNAO. A lo largo de su carrera, ha trabajado en una variedad de entornos, que incluyen academia, cuidados intensivos, oncología y atención médica en el hogar. Su experiencia en gestión clínica incluye atención directa y gestión media en el sector de la salud en el hogar, donde proporcionó liderazgo para apoyar servicios de enfermería de salud en el hogar basados en evidencia.

Susan McNeill, MPH, RN
Gerente, Ciencia de Implementación, RNAO

Susan McNeill es una enfermera preparada por un maestro que siente pasión por la atención digna y de calidad. Tiene experiencia en enfermería clínica, desarrollo de programas, educación y promoción de la salud de la población. Ha practicado enfermería en Canadá, Nueva York y Bangladesh. Uniéndose a la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario en 2012, McNeill ha sido el líder en el desarrollo de pautas para tres Pautas de mejores prácticas basadas en evidencia: Prevención y tratamiento del abuso y negligencia de adultos mayores: enfoques centrados en la persona, colaborativos y de todo el sistema; Delirio, demencia y depresión en adultos mayores: evaluación y atención (2ª ed.); y Prevención de caídas y reducción de lesiones por caídas (3ª ed.). Colabora con el Canadian Patient Safety Institute como líder de intervención de caídas. Su función actual en la RNAO se centra en apoyar la adopción de las mejores prácticas a través de la ciencia de la implementación.

Sabrina Merali, MN, RN
Gerente de Programa—Iniciativa de Salud Mental y Adicciones, RNAO

Sabrina Merali ha sido Gerente de Programa para la Iniciativa de Salud Mental y Adicciones en el Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de Buenas Prácticas de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario desde 2012. Es una enfermera registrada con una Licenciatura en Ciencias de la Salud, Especializada en Salud Rural, de la Universidad de Western Ontario. Merali también obtuvo su Licenciatura en Enfermería y Maestría en enfermería de la Universidad de Toronto, Especializada en Salud Comunitaria.

Tiene experiencia en atención aguda y sistemas de salud pública, trabajando en roles de prevención y manejo de enfermedades crónicas. Sus roles incluyeron apoyar a los clientes antes y después del trasplante, brindar asesoramiento individualizado y de grupo, trabajar con diversas poblaciones para promover la salud, utilizar el desarrollo comunitario y técnicas de participación para fomentar entornos de apoyo que conduzcan a la salud, enfocándose en los determinantes sociales de la salud, y gestión de proyectos en proyectos de implementación a nivel comunitario.

Josephine Mo, BA (hon)
Asistente Ejecutiva del CEO y Coordinadora del Programa BPSO América Latina, RNAO

Josephine Mo se unió al equipo de RNAO en 2011. De 2011 a 2013, fue Coordinadora de Proyectos en el Programa de Pautas de Mejores Prácticas y Asuntos Internacionales. En 2013, Mo asumió el cargo de Asistente Ejecutiva del CEO Doris Grinspun y Coordinadora del Programa BPSO de América Latina en RNAO. Impulsada por un espíritu de investigación y un deseo de tener un impacto positivo, obtuvo su Licenciatura en artes con honores en Sociología y ha establecido su carrera en el sector sin fines de lucro. Está comprometida con el trabajo de RNAO, una organización que defiende la enfermería de calidad y la atención médica equitativa con valores, evidencia y coraje. Además de brindar apoyo administrativo integral al CEO, coordina la implantación, investigación, evaluación y difusión de las Pautas de mejores prácticas por parte de organizaciones académicas y de atención médica en América Latina a través del Programa de Mejores Prácticas (BPSO). En su papel, Mo también ha contribuido a numerosas presentaciones y eventos que promueven el papel de las enfermeras y aprovechan su experiencia para dar forma a una política pública saludable.

Teresa Moreno-Casbas, PhD, MSc, RN, FEAN
Director de la Unidad Española de Investigación en Enfermería y Atención Sanitaria (Investén-isciii), Instituto de Salud Carlos III; Jefe de BPSO Host en España—BPSO Host

Teresa Moreno-Casbas es la directora fundadora y actual de la Unidad de Investigación de Enfermería y Atención de la Salud (Investén-isciii) ubicada en el Instituto de Salud Carlos III. También es la directora de BPSO Host en España. Obtuvo su título de enfermera en 1981 en la Universidad de Valladolid, una maestría en ciencias en la Universidad de Montreal en 1993, y un doctorado en epidemiología y salud pública en 2007 en la Universidad Rey Juan Car-los. Su trabajo postdoctoral en la Universidad de Toronto se centró en la política de salud, promoviendo la atención segura de enfermeras y pacientes a nivel nacional e internacional. En 2012, en reconocimiento a su experiencia y liderazgo sustancial y contribuciones a la investigación, investigación y práctica de enfermería en España e internacionalmente, Moreno-Casbas fue invertido como FEAN. Es revisora de propuestas de investigación nacionales e internacionales y de varias revistas científicas internacionales de enfermería, y es líder de investigación de una Red temática sobre envejecimiento saludable y fragilidad (CIBERFES). También ha dirigido varios proyectos financiados a nivel nacional y europeo. El programa de investigación de Moreno-Casbas se centra en tres objetivos: 1) la eficiencia de los servicios de atención médica prestados a las personas mayores y frágiles por enfermeras; 2) medición del proceso de enfermería y las características del personal de enfermería y el impacto de la enfermería en los resultados del paciente; y 3) mejorar la práctica basada en la evidencia y la transferencia de conocimiento en la práctica clínica de enfermería y los factores que influyen en la traducción del conocimiento.

Lynn Anne Mulrooney, PhD, MPH, RN
Analista Senior de Políticas, RNAO

Lynn Anne Mulrooney es analista sénior de políticas en la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO), un puesto que asumió en 2005. Ha tenido el privilegio de trabajar como enfermera en Toronto, enfermera de salud comunitaria en las comunidades dene e inuit en los Territorios del Noroeste y Nunavut, y enfermera de salud comunitaria/socorrista en Etiopía y Somalia. Mulrooney tiene una Maestría en Salud

Pública y Doctora en Ciencias Políticas por la Universidad de Hawai en Manoa. Su trabajo en RNAO incluye investigación de políticas públicas y acción política sobre equidad en salud, determinantes sociales de la salud, salud mental, adicción y derechos humanos. Tiene una cita plaza de profesor adjunto en la Facultad de Enfermería Lawrence S. Bloomberg de la Universidad de Toronto.

Shanoja Naik, PhD, MPhil, MSc, BEd, BSc
Científico de datos/Estadístico, RNAO

Shanoja Naik ha sido Científica/Estadística de Datos en la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario desde enero de 2017. En los últimos 15 años, ha trabajado en varios roles como científica, investigadora, gerente (analítica de datos) y estadística/analista en el gobierno, corporativos y académicos. Además, ocupó cargos docentes en la Universidad de Waterloo y la Universidad de Trent en Ontario, Canadá, y en el Centro de Ciencias Matemáticas, Kerala, India. En 2010, Naik confirió su Doctorado en Estadística de la Universidad Mahatma Gandhi, India, centrada en el modelado de series temporales, en su tesis titulada *Distribuciones de vías y modelado autorregresivo*. Tiene varias publicaciones centradas en diversos temas dentro de vastas áreas de especialidad, incluyendo modelado de supervivencia, análisis de riesgo de crédito, mecánica estadística, modelado de series temporales, investigación de mercado y estudios de población [*Lifetime Data Analysis* (2017), *Axioms* (2016), *India Journal of Statistics* (2015), *Statistics and Probability Letters* (2014), *Statistical Papers* (2012) y otros.]. En 2008, fue honrada por las Naciones Unidas por su contribución en estadísticas metodológicas. Naik tiene una Maestría en Filosofía en Estadística Especializada en Análisis Multivariado y Desviaciones de Valor Mínimo Absoluto; una Maestría en Ciencias en Estadística (tesis: *Variación mínima uniforme*, *estimación imparcial y aplicaciones*); una Licenciatura en Ciencias en Estadística (rango superior); y una Licenciatura en Matemáticas con interés en Educación de Adultos y Psicología del Departamento de Educación y Capacitación, Universidad de Kerala, India.

Beth O'Leary, PMP
Gerente de programa, Estrategia para personas de la tercera edad e implantación de mejores prácticas, Sunnybrook Health Sciences Center— BPSO Directo de Servicio

Antes de unirse al equipo de Sunnybrook, O'Leary tuvo una serie de funciones de consultoría de rehabilitación y liderazgo con la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación en el Lugar de Trabajo en New Brunswick. Además, asumió funciones de consultoría de gestión de casos y rehabilitación con aseguradoras y representantes legales en Ontario, gestionando la atención de personas con lesiones catastróficas adquiridas en accidentes automovilísticos, especialmente aquellas con lesiones cerebrales. Más recientemente, O'Leary ha participado en la gestión de proyectos en Sunny-brook, liderando la unidad clínica/programa/iniciativas corporativas que abordan la implantación de las mejores prácticas de RNAO y una estrategia amigable para los mayores.

Yaw O. Owusu, PhD, MS, MSc, BSc
Ex Director Asociado, Evaluación y Monitoreo, RNAO

Yaw O. Owusu fue Director Asociado (2015 a diciembre de 2017), de Evaluación y Monitoreo en el Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de Buenas Prácticas de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO). Tiene un Doctorado en Políticas de Salud con una Especialización en Economía de la Salud del Centro de Análisis de Políticas y Economía de la Salud (CHEPA) en la Universidad McMaster, Hamilton, Ontario. Aprecia mucho los grandes sistemas de datos, las políticas basadas en evidencia y el análisis económico de la salud. Con una sólida experiencia en estas áreas, Owusu ha sido invitado a presentar ante audiencias variadas, incluidos los encargados de formular políticas, los líderes ejecutivos y otros investigadores. En 2013, fue reconocido con el Premio de la Red de Investigación de Recursos Humanos de Salud de Ontario (OHHRRN).

Tasha Penney, MN, RN
Ex Gerente de Implementación, Iniciativa de Salud Mental y Adicciones, RNAO

Tasha Penney es ex Gerente de Implementación de la Iniciativa de Salud Mental y Adicciones en la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, un puesto que asumió en 2017. Su cartera incluye supervisar el desarrollo de recursos basados en evidencia y las actividades de implementación y difusión destinadas a aumentar la capacidad de las enfermeras en el área de la salud mental y el uso de sustancias. De 2013 a 2017, fue Gerente de Investigación supervisando el proceso de desarrollo de todas las revisiones sistemáticas realizadas por el equipo de investigación, liderando el desarrollo de BPG, y gestionando el programa de Becas de Práctica Clínica Avanzada (ACPF) de RNAO. Es miembro del Centro de Investigación de Mejores Prácticas de Enfermería (NBPRC) y de la Sigma Theta Tau International (Capítulo Lambda Pi at-Large). Penney completó una Maestría en Enfermería en la Universidad de Ryerson con una Especialización en la Salud y el Bienestar de las Comunidades. Tiene una amplia experiencia clínica trabajando con poblaciones marginadas y vulnerables con enfermedades mentales graves. Actualmente lidera el desarrollo de los Servicios de Inyección Supervisada de RNAO BPG, cuyo lanzamiento está programado para 2018.

Holly Quinn, MHS, BScN, RN
Director Nacional: Clínico / Calidad; Director de enfermería, Bayshore HealthCare Ltd.— BPSO Directo de Servicio

Holly Quinn ha contribuido a la salud y el bienestar de los canadienses a través de una variedad de funciones de enfermería dentro de los sectores de atención aguda y domiciliaria durante un período de 40 años. Obtuvo su diploma de enfermería del George Brown College, el campus de St. Michael, seguido de su BScN de la Universidad Laurentian y su Maestría en Estudios de Salud de la Universidad de Athabasca. Actualmente, Quinn trabaja para Bayshore HealthCare Ltd. como Directora de Enfermería y Directora Nacional: Clínica/ Calidad, donde su pasión por una cultura de excelencia clínica, innovación, transformación y compromiso ha respaldado la excelencia en la atención al cliente y entornos de trabajo saludables para los profesionales registrados y profesionales no registrados de la atención.

Karen L. Ray, MSc, RN
Gerente de Traducción del Conocimiento, Saint Elizabeth Health Care— BPSO Directo de Servicio

Karen L. Ray, dirige y apoya la creación, difusión, intercambio y gestión del conocimiento participando en actividades de investigación y poniendo en práctica evidencia. Su liderazgo ha sido una parte clave para habilitar y poner en práctica las actividades de Santa Isabel como una organización de mejores prácticas de RNAO. Esto incluye trabajar con el equipo de práctica clínica para implementar y evaluar pautas, participar en actividades de sostenibilidad de RNAO y actuar como mentor para numerosas becas.

Michelle Rey, PhD, MSc, BSc
Gerente Senior en Programas Clínicos, Centro de Adicciones y Salud Mental

Michelle Rey fue Directora Asociada de Desarrollo de Evidencia y Directrices en RNAO de 2015 a 2017. Supervisó los equipos de investigación y desarrollo de evidencia y la metodología para el desarrollo de directrices. Además, supervisó el inicio de la iniciativa de participación pública y paciente de RNAO. Antes de unirse a RNAO, Rey fue Gerente Clínico en Cancer Care Ontario, donde dirigió el compromiso nacional en la revisión de la sostenibilidad del financiamiento de medicamentos contra el cáncer. Fue Directora de Investigación en el Centro Internacional Ivey de Innovación en Salud de la Universidad de Western, donde dirigió el desarrollo de la estrategia de investigación y la ejecución de proyectos de investigación de innovación en salud. Rey fue Directora Interina, Medición e Informes de Desempeño, en Health Quality Ontar-

io, donde ella fue la líder, y de la Iniciativa de Medición de Desempeño de Atención Primaria de Ontario. Tiene un Doctorado en Genética Médica de la Universidad de Toronto y una Maestría y una Licenciatura en Bioquímica de la Universidad de Queens. Actualmente, Rey es Gerente Senior de Programas Clínicos en el Centro de Adicciones y Salud Mental.

Tian Runxi, MSN, RN
Jefe de Enfermeras en Jefe, Hospital DongZhiMen, Afiliado a la Universidad de Medicina China de Beijing— BPSO Directo de Servicio

Tian Runxi nació en Beijing, China. Se graduó de la Universidad de Medicina China de Beijing en 2013. Es la jefa de enfermeras y la jefa de BPSO en el Hospital DongZhiMen. También trabaja como profesora adjunta de la Universidad de Medicina China de Beijing. Es miembro de la Asociación de Investigación en Educación de Enfermería de la Asociación de Educación Superior de medicina China, del consejo juvenil de la rama de administración de enfermería de la Asociación de Enfermería de Beijing y del consejo juvenil de la rama de enfermería de la asociación médica China. Ha dirigido dos proyectos de investigación y publicado ocho artículos académicos de primer autor. Ella también ha solicitado dos patentes. Sus intereses de investigación son enfermería basada en evidencia, enfermería clínica y educación en enfermería.

Aracelly Serna Restrepo, BScN
Jefe del Departamento de Enfermería del Instituto de Cardiología de la Fundación Cardioinfantil
(FCI-IC)— BPSO Directo de Servicio

Aracelly Serna Restrepo es una enfermera líder que se graduó de la Universidad de Caldas. Obtuvo un certificado en gestión de recursos humanos en salud y desarrollo organizacional de la Universidad de Rosario. También es miembro de la facultad de estudios de posgrado en administración y negocios de la Universidad de Rosario. Ella ha estado al frente de FCI-IC desde 2010.

Shirlee M. Sharkey, CHE, MHSc, BScN, BA
Presidente y CEO, Saint Elizabeth Health Care— BPSO Directo de Servicio

Los antecedentes de Shirlee M. Sharkey como enfermera registrada con experiencia en una variedad de entornos de atención médica han infundido sus 2 1/2 décadas de liderazgo de Santa Isabel para influir y guiar a su personal y al sistema de salud. Su visión de las posibilidades en el espacio de atención domiciliaria le permitió cultivar y hacer crecer a Saint Elizabeth en una empresa nacional de atención médica que brinda atención directa, servicios virtuales, consultoría y apoyo a la investigación. Sharkey forma parte de numerosas juntas y paneles que van desde la salud hasta la educación y fue uno de los primeros presidentes de la Asociación Canadiense de Cuidado en el Hogar. Es profesora adjunta en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Toronto y tiene una plaza en el Instituto de Gestión y Evaluación de Políticas de Salud de la Universidad de Toronto. Bajo el liderazgo de Sharkey, Saint Elizabeth fue una de las primeras organizaciones de atención médica que se asoció con la RNAO para desarrollar e implementar las Pautas de mejores prácticas de enfermería y para lograr la designación como una organización destacada de mejores prácticas..

Ronald Gary Sibbald, MD, BSc, FRCPC (Med, Derm), MACP, FAAD, MEd, FAPWCA, DSc (hon)

Ronald Gary Sibbald es dermatólogo e internista con un interés especial en el cuidado y educación de heridas. Es profesor de medicina y salud pública en la Universidad de Toronto y líder internacional de opinión sobre el cuidado de heridas (educador, clínico e investigador clínico). Sibbald es cofundador de la Asociación Canadiense de Cuidado de Heridas y ex Director de la Clínica de Curación de Heridas,

Women's College Hospital. También es ex presidente de la Unión Mundial de Sociedades de Curación de Heridas (2012–2016). En 1999, desarrolló el Curso Internacional Interprofesional para el Cuidado de Heridas y fue Director de 31 cursos en todo el mundo. Tiene más de 200 publicaciones y es coeditor y autor del capítulo del libro de texto *Chronic Wound Care 5*. Sibbald recibió la medalla del Jubileo de Diamante de la Reina Isabel II en 2013 y Doctor Honoris Causa en Ciencias del Excelsior College en 2014. Sibbald fue copresidente de la evaluación y manejo de lesiones por presión de RNAO BPG, publicado en 2016.

Amalia Silva-Galleguillos, MSc, RN
Departamento de Enfermería, Universidad de Chile .BPSO Host Líder Académico Chile

Amalia Silva-Galleguillos es candidata a Doctora en la Universidad Complutense de Madrid. Tiene una Maestría en Salud Pública Internacional; una Maestría en Investigación en Salud; un Diploma en Educación Basada en Competencias; un Diploma en Enfermería en Atención Médico-Quirúrgica de Emergencia; un Diploma en Enseñanza de Ciencias Biomédicas; capacitación en enfermería basada en evidencia del Instituto de Enfermería Johns Hopkins; y una Licenciatura en Enfermería-Obstetricia. Actualmente es profesora asociada en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile, con más de 23 años de experiencia en enseñanza pre y postgrado y desarrollo curricular. Silva-Galleguillos es también el Coordinador Nacional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Red de Enfermería Basada en la Evidencia y Directora de la Revista del Departamento de Enfermería, Universidad de Chile. Ha ocupado diversos cargos de alta dirección académica en la Universidad de Chile, y durante 4 años estuvo a cargo de la Comisión del Examen Nacional de Enfermería como parte de la Asociación Chilena de Educación en Enfermería. Silva-Galleguillos es un entrenador de orientación BPSO certificado por la RNAO.

Kyle Smith, BSc
Desarrollador de bases de datos/web, RNAO

Kyle Smith es un desarrollador de bases de datos / web en la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) y es el desarrollador principal del sistema de Indicadores de calidad de enfermería para informes y evaluación (NQuIRE). Comenzó a trabajar en RNAO en marzo de 2013 y se hizo cargo del desarrollo del sistema NQuIRE. Durante los próximos 5 años, ha agregado muchas características nuevas al sistema, incluidos informes personalizados, un módulo de importación de datos personalizado y videos de capacitación para usuarios. Smith también trabaja en otros proyectos en RNAO, incluida la base de datos BPSO. Antes de trabajar en RNAO, trabajó en los campos de bioinformática y aseguramiento de la calidad del software. Tiene una Licenciatura en Ciencias de la Universidad McMaster y un certificado de bioinformática de Seneca College.

JJanet E. Squires, PhD, RN
Profesor Asociado, Científico, Universidad de Ottawa, Instituto de Investigación del Hospital de Ottawa

La investigación de Janet E. Squires se centra en mejorar la traducción del conocimiento por parte de los profesionales de la salud. Su investigación actual se centra en el diseño, la implantación y la evaluación de intervenciones basadas en la teoría y en el contexto oportuno para aumentar el uso en los profesionales de la salud ~~de~~ la investigación y los comportamientos basados en la investigación como una estrategia para contribuir a mejorar los resultados del paciente y del sistema. Su programa de investigación tiene cuatro focos principales: 1) explorar el contexto organizacional y su papel en la traducción del conocimiento; 2) diseñar y probar intervenciones basadas en la teoría para cambiar los comportamientos de los profesionales de la salud; 3) medición y diseño de encuestas / psicometría; y 4) revisiones sistemáticas. Actualmente participa en varios proyectos financiados a nivel nacional que examinan el papel del contexto en la traducción del conocimiento y desarrollan y prueban intervenciones para cambiar el comportamiento de los profesionales de la salud (por ejemplo, aumentar la donación de órganos en hospitales para adultos, mejorar la práctica

de higiene de manos en hospitales para adultos, mejorar las prácticas de dolor en hospitales pediátricos y mejorar los resultados de los residentes en hogares de ancianos).

Althea Stewart-Pyne, MHSc, RN
Gerente de Programa, Ambiente de Trabajo Saludable, RNAO

Althea Stewart-Pyne es una enfermera registrada preparada para la maestría y graduada de la Universidad de York. Desde 2009, ha liderado el desarrollo de las Pautas de mejores prácticas para un ambiente de trabajo saludable en la Asociación de Enfermeras Registradas de las Pautas de mejores prácticas y asuntos internacionales de Ontario (IABPG). Estas pautas se posicionan como recursos basados en evidencia para transferir conocimiento a los profesionales de la salud. Stewart-Pyne promueve un enfoque basado en la evidencia para optimizar la prestación de servicios de salud a través de asociaciones en todo el proceso de atención. Una pensadora estratégica con probadas competencias y habilidades de liderazgo en el sistema de salud, tiene más de 25 años de experiencia en la gestión de la atención médica y ha demostrado logros en salud hospitalaria y comunitaria. Stewart-Pyne es una apasionada de su papel de liderazgo en la creación de entornos laborales saludables que mejoren la calidad de vida laboral de las enfermeras.

Ru Taggar, MN, RN
Vicepresidente, Calidad y Seguridad del Paciente, Jefe Ejecutivo de Enfermería y Profesiones de la Salud, Sunnybrook Health Sciences Center— BPSO Directo de Servicio

Ru Taggar es Vicepresidente de Calidad y Seguridad del Paciente, Jefe de Enfermería y Ejecutivo de Profesiones de la Salud en el Centro de Ciencias de la Salud Sunnybrook. También es Vicepresidente de Trauma, Emergencias y Cuidados Críticos, incluidas las Quemaduras y la Neurocirugía y el Programa de Mujeres y Bebés. A través de este rol, Taggar ha liderado el desarrollo del programa de gestión de riesgos empresariales del hospital, el plan de mejora de la calidad y las estrategias de atención centrada en el paciente y atención interprofesional en todo el hospital. Más recientemente, supervisó el desarrollo del primer plan estratégico de calidad de Sunnybrook. Tiene una ~~cita~~ plaza clínica adjunta en la Facultad de Enfermería Lawrence Bloomberg de la Universidad de Toronto. También es profesora invitada en el Programa de Maestría en Calidad y Seguridad del Paciente a través del Programa HPME de la universidad. Taggar es copresidente del Comité de Práctica de la Red de Ciencias de la Salud Académica de Toronto (TAHSN) y es miembro del Comité Asesor de Análisis de Salud de TAHSN. También es miembro de la junta del Programa Regional de Geriatría (RGP).

Carol Timmings, MEd (Admin), BNSc, RN
Director de Salud y Desarrollo Infantil y Oficial Principal de Enfermería, Salud Pública de Toronto—

BPSO Directo de Servicio

Carol Timmings es Directora de Salud y Desarrollo Infantil y Jefa de Enfermeria de Toronto Public Health. Tiene una Licenciatura en Ciencias de Enfermería y una Maestría en Educación en Política y Administración, ambas de la Universidad de Queen. Como directora de enfermería de Toronto Public Health, Timmings también es responsable de la planificación de recursos humanos de enfermería, la práctica de enfermería de calidad y la mejora de las contribuciones de enfermería a la efectividad organizacional relacionada con mejores resultados de salud a nivel individual, grupal y poblacional. Es Presidenta de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) para el período de abril de 2016 a abril de 2018. También es miembro de la junta asesora del Centro Colaborador Nacional para Determinantes de la Salud. En 2010, Timmings recibió el Premio al Servicio Distinguido de la Asociación de Agencias Locales de Salud Pública en reconocimiento a su destacado liderazgo y contribuciones a la salud pública en Ontario. OPHA también

la honró en 2015 con un premio Lifetime Membership Award en reconocimiento a su destacado liderazgo y contribuciones a la asociación.

Gurjit Kaur Toor, MPH, BScN, RN
Gerente de Evaluación, RNAO

Gurjit Kaur Toor es Gerente de Evaluación en el Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de Buenas Prácticas (IABPG) en la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO), un puesto que ha ocupado desde 2017. De 2015 a 2017, fue Analista de Calidad de Datos de RNAO. Ella trabaja en estrecha colaboración con las mejores prácticas de organizaciones destacadas (BPSO) para evaluar el impacto de sus esfuerzos de implementación de directrices. Toor brinda educación y capacitación a las enfermeras para evaluar los cambios en la práctica basados en la evidencia, desarrollar recursos para la evaluación de las guías y utilizar el sistema de datos de Indicadores de calidad de enfermería para informes y evaluación (NQuIRE). También lidera las mejoras continuas de la calidad de los datos para NQuIRE y brinda consultas sobre las medidas de implementación y evaluación, incluidos los indicadores de NQuIRE. Toor tiene una Maestría en Salud Pública (MPH) en Epidemiología de la Universidad de Toronto y se graduó con distinción de la Universidad de McMaster con su Licenciatura en Enfermería. Ella también tiene una Licenciatura en Ciencias de la Universidad McGill. Se basa en una amplia gama de experiencias clínicas en cuidados agudos y salud pública y le apasiona desarrollar la capacidad de evaluación y sacar al evaluador en cada enfermera.

Tazim Virani, PhD, RN
Principales iniciativas estratégicas principales
Saint Elizabeth Health Care— BPSO Directo de Servicio

Tazim Virani tiene más de 30 años de experiencia trabajando en ámbitos clínicos, de gestión, investigación y educación, principalmente con sistemas de salud en Canadá. Fue directora del Programa de Pautas de Mejores Prácticas de Enfermería de la RNAO durante sus primeros 8 años (1998 a 2007), así como codirectora de la Unidad de Investigación de Mejores Prácticas de Enfermería para el mismo período. Bajo su liderazgo, se establecieron muchos de los componentes básicos del Programa BPG, incluidas las primeras 30 Pautas clínicas de mejores prácticas, la Red de campeones de mejores prácticas y la Designación de la organización de mejores prácticas destacadas, así como numerosos estudios de investigación. Virani recibió la Beca de Doctorado de Buenas Prácticas RNAO para estudiar la sostenibilidad de las Guías de Mejores Prácticas a nivel organizacional. Ella continúa defendiendo la práctica basada en la evidencia en todos los niveles, desde la atención directa hasta la política del sistema. Actualmente, se está enfocando en innovaciones para transformar la atención médica.

Leeann Whitney, MAEd, BScN, RN
Director Ejecutivo, Clínica de North Bay Nurse Practitioner-Clinic— BPSO Directo de Servicio

Leeann Whitney, BScN (Laurentian University), MAEd (Central Michigan University), es el Director Ejecutivo de la Clínica dirigida por nurse practitioners de North Bay (NBNPLC) en North Bay, Ontario. Tiene una amplia experiencia en enfermería que incluye cuidados agudos, educación en enfermería, salud pública y administración de enfermería. Whitney jugó un papel decisivo en el logro de NBNPLC de la Organización de Mejores Prácticas de RNAO en 2015. Mantiene una membresía en RNAO, CNO y el Grupo de Interés de Enfermeras de Salud Comunitaria. Whitney actualmente enseña casualmente en la Universidad

de Nipissing, North Bay, Ontario, donde ha impartido cursos en informática de enfermería, enfermería de salud comunitaria, teoría de enfermería, liderazgo y temas de enfermería actuales. Está muy orgullosa del trabajo que RNAO ha logrado para avanzar en la profesión de enfermería.

Rita Wilson, MEd, MN, RN
Gerente del Programa de eSalud, RNAO

Rita Wilson es la Gerente del Programa de eSalud en RNAO, una posición que asumió en 2011. Su pasión por la tecnología y la enfermería alimenta su impulso para optimizar los resultados de seguridad y salud del paciente mediante el desarrollo y la difusión de soluciones tecnológicas que fomentan la práctica basada en la evidencia. Wilson también lidera el trabajo de vanguardia en el desarrollo de conjuntos de órdenes de enfermería (NOS) para complementar las Pautas de mejores prácticas de RNAO. Los NOS de RNAO están diseñados para traducir el conocimiento a la práctica, ya que están integrados en los sistemas electrónicos de información de salud.

Hao Yufang, PhD
Profesora, BUCM School of Nursing—BPSO-Directo, Academico

Hao Yufang es decana de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Medicina China de Beijing. Ella es una líder académica; Consultora del Centro de Medicina de la Universidad de China para la Enfermería Basada en la Evidencia, Centro de Excelencia del Instituto Joanna Briggs; Patrocinador de BPSO; miembro del comité directivo de educación de enfermería del Ministerio de Educación; y presidente de la Asociación de Investigación en Educación de Enfermería de la Academia China de Educación Médica Superior de Medicina China. Sus intereses de investigación incluyen educación en enfermería, enfermería en medicina china y enfermería basada en evidencia.

TABLA DE CONTENIDOS

SOBRE LOS AUTORES IX
AUTORES COLABORADORES XII
PREFACIO DE LA TRADUCCIÓN ESPAÑOLA XLI
PRÓLOGO XLV
INTRODUCCIÓN XLVII

UNIDAD 0 PREPARANDO EL ESCENARIO 1

1 TRANSFORMAR LA ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO: LOS FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y PROGRAMÁTICOS DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO 3

INTRODUCCIÓN 4
LA VISIÓN: UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ENFERMERÍA 5
¿QUÉ ES EL CUIDADO? *5*
LA DICOTOMÍA CUIDADO-COMPETENCIA *6*
LA DICOTOMÍA CUIDADO-CURACIÓN *7*
REDEFINICIÓN DEL CUIDADO COMO TRABAJO COGNITIVO, FÍSICO Y RELACIONAL *7*
EL CUIDADO: UNA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Y COLECTIVA *8*
ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO 9
PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS: DISEÑO Y EVOLUCIÓN INTENCIONADA *11*
ASPECTOS CLAVE DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS *12*
MODELOS DE BPSO *15*
MONITORIZACIÓN, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN *18*
EL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS: DEL IMPACTO LOCAL A LA TRANSFORMACIÓN SÍSMICA DE LA PRÁCTICA ENFERMERA EN TODO EL MUNDO 19
MIRANDO HACIA EL FUTURO 23
MENSAJES CLAVE 24
REFERENCIAS 25

UNIDAD 1 EL DESARROLLO DE LA GUÍA: EL PRIMER PILAR PARA EL ÉXITO 29

2 LA ANATOMÍA DE UN RIGUROSO PROCESO DE DESARROLLO DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS 31

INTRODUCCIÓN 32
GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS: ¿POR QUÉ? *32*
LA CIENCIA DE LA ELABORACIÓN DE GUÍAS: ESTABLECIMIENTO DE NORMAS *33*
RNAO Y LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS 37
FINANCIACIÓN DE RNAO *39*
PROCESO DE DESARROLLO DE LAS GUÍAS DE RNAO EN SIETE PASOS *39*
MEJORAS EN EL DESARROLLO DE LAS GUÍAS *49*
EVOLUCIÓN DE RNAO EN EL DESARROLLO DE LAS GUÍAS 52
MENSAJES CLAVE 54
REFERENCIAS 54

APÉNDICE A: PLAZOS DETALLADOS PARA LOS PROCESOS DE DESARROLLO DE LAS GUÍAS 56
APÉNDICE B: EJEMPLO DE MATRIZ DE PRIORIDAD-IDENTIFICACIÓN 59
APÉNDICE C: TÉRMINOS DE LA PLANTILLA DE REFERENCIA 61
APÉNDICE D: FICHA TECNICA DE EDUCACIÓN EN SALUD DE RNAO 65
APÉNDICE E: HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA LITERATURA 67
APÉNDICE F: DECLARACIÓN DE RNAO SOBRE LOS NIVELES DE EVIDENCIA UTILIZADOS EN LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS Y EN LAS GUÍAS 68

3 CREACIÓN DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES: FACILITANDO LA EXCELENCIA CLÍNIC 69
INTRODUCCIÓN 70
INICIACIÓN A LAS GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES 70
DEFINICIÓN DE UN ENTORNO LABORAL SALUDABLE 71
EL MODELO CONCEPTUAL DE GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES 71
METODOLOGÍA DE DESARROLLO DE GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES 76
DESARROLLANDO GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES: DÓNDE EMPEZAR 77
LAS GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES FUNDACIONALES 78
LIDERAZGO EFICAZ EN ENFERMERÍA 79
PRÁCTICA COLABORATIVA. 79
DOTACIÓN DE PERSONAL, CARGA DE TRABAJO Y ESTRUCTURA 79
PROFESIONALIDAD. 79
CULTURA Y DIVERSIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO. 79
SALUD, SEGURIDAD Y BIENESTAR DE LA ENFERMERA EN EL LUGAR DE TRABAJO 80
IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS PILOTO 80
CREACIÓN DE LUGARES DE TRABAJO SALUDABLES. 82
LOS ENTORNOS LABORALES SALUDABLES Y EL IMPACTO EN LOS ENTORNOS SANITARIOS 82
IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES. 86
GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES: EVALUAR LOS PROCESOS DE IMPLANTACIÓN Y LOS RESULTADOS 86
ESTUDIO DE CASO: GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES Y EXCELENCIA CLÍNICA: LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SCARBOROUGH AND ROUGE 87
HACIA EL FUTURO. 88
CONCLUSIÓN 88
MENSAJES CLAVE 89
REFERENCIAS. 89

UNIDAD 2 CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN: SEGUNDO PILAR PARA EL ÉXITO 93

4 FORJANDO EL CAMINO CON LA CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN.... 95
INTRODUCCIÓN 96
IMPLANTACIÓN MULTIFACÉTICA Y A DISTINTOS NIVELES 96

IMPLANTACIÓN A NIVEL MICRO E INDIVIDUAL DE ENFERMERÍA 98
RED DE IMPULSORES DE BUENAS PRÁCTICAS 98
IMPLANTACIÓN A NIVEL MESO E INSTITUCIONAL 102
IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD A NIVEL MACRO. 110
ÚLTIMAS PERSPECTIVAS SOBRE LA CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN 111
TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS INTEGRADA Y COMPROMISO DEL PACIENTE 111
TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS CON AYUDA DE LA TECNOLOGÍA 112
TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS BASADA EN LAS ARTES 112
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO 113
DESIMPLANTACIÓN 113
CONCLUSIÓN 113
MENSAJES CLAVE 114
REFERENCIAS. 115

5 LA TECNOLOGÍA COMO ELEMENTO FACILITADOR DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA 117
INTRODUCCIÓN 118
ESALUD 118
LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA DE RNAO 119
CONJUNTOS DE INDICACIONES ENFERMERAS. 121
PROCESO DE DESARROLLO. 123
CARACTERÍSTICAS CLAVE Y BENEFICIOS POTENCIALES. 125
CONJUNTOS DE INDICACIONES DE ENFERMERÍA EN ACCIÓN. 128
ESTUDIOS DE CASO DE CONJUNTOS DE INDICACIONES DE ENFERMERÍA . . 131
ESTUDIO DE CASO: CONJUNTOS DE INDICACIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA. 131
ESTUDIO DE CASO: CONJUNTOS DE INDICACIONES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS 132
ESTUDIO DE CASO: CONJUNTOS DE INDICACIONES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO 132
GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE ESALUD: ADOPTAR SOLUCIONES DE ESALUD. 133
RECOMENDACIONES CLAVE PARA INDIVIDUOS Y ORGANIZACIONES 135
RECOMENDACIONES CLAVE EN MATERIA DE FORMACIÓN 135
RECOMENDACIONES CLAVE PARA EL SISTEMA Y POLÍTICAS. 136
CONCLUSIÓN 137
MENSAJES CLAVE 138
REFERENCIAS. 138

6 BPSO—CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS: LA CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN EN SU MÁXIMA EXPRESIÓN 141
INTRODUCCIÓN 142
¿POR QUÉ CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (BPSO)?. 142

OBJETIVOS DE LOS CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (BPSO) *143*
SELECCIÓN DE LOS CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (BPSO) *143*
LA DESIGNACIÓN DE BPSO 144
EL MODELO DE BPSO HOST *145*
ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN DE BPSO 147
CONSULTA Y ASESORAMIENTO DE RNAO *147*
UN PROCESO SISTEMÁTICO DE IMPLANTACIÓN *148*
ASEGURANDO EL ÉXITO DE LOS BPSO 149
INFRAESTRUCTURA *149*
CREACIÓN DE CAPACIDADES *150*
APLICACIÓN SOSTENIDA *154*
DIFUSIÓN *155*
SUPERVISIÓN E INFORMES SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS *155*
EVALUACIÓN *156*
BPSO HOSTS *156*
AUDITORÍA Y RETROALIMENTACIÓN *156*
RESUMEN DE LOS REQUISITOS DE LOS BPSO 157
COMPROMISOS DE RNAO 158
FACTORES DE ÉXITO DE LOS BPSO 159
CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FUTURAS 159
MENSAJES CLAVE 160
REFERENCIAS 160
APÉNDICE A: PASOS PARA CONVERTIRSE EN UN CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (BPSO) 163

7 LOS BPSO PIONEROS: CREAR, SOSTENER Y EXPANDIR LAS CULTURAS BASADAS EN LA EVIDENCIA A TRAVÉS DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO 167
INTRODUCCIÓN 168
ESTUDIO DE CASO: SAINT ELIZABETH *169*
ESTUDIO DE CASO: WEST PARK HEALTHCARE CENTRE *174*
ESTUDIO DE CASO: SUNNYBROOK HEALTH SCIENCES CENTRE *179*
PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR 183
CONCLUSIÓN 183
MENSAJES CLAVE 183
CONSTRUIR RELACIONES Y CONFIANZA *183*
CREAR UN AMBIENTE LABORAL PROPICIO PARA EL EMPODERAMIENTO *184*
CREAR UNA CULTURA QUE APOYE EL DESARROLLO Y LA INTEGRACIÓN DEL CONOCIMIENTO *184*
LIDERAR Y SOSTENER EL CAMBIO *184*
EQUILIBRAR ENTORNOS COMPLEJOS Y GESTIONAR LOS VALORES Y PRIORIDADES *185*
REFERENCIAS 185

8 CREANDO CULTURAS BASADAS EN LA EVIDENCIA A LO LARGO DEL SISTEMA DE SALUD 187
AGRADECIMIENTOS 188
INTRODUCCIÓN 188

ESTUDIO DE CASO: EXPERIENCIA DEL BPSO TORONTO PUBLIC HEALTH. . 189
ESTUDIO DE CASO: EXPERIENCIA DEL BPSO BLUEWATER HEALTH 192
ESTUDIO DE CASO: EXPERIENCIA DEL BPSO NORTH BAY NURSE PRACTITIONER-LED CLINIC 196
ESTUDIO DE CASO: EXPERIENCIA DEL BPSO BAYSHORE HEALTHCARE LTD. 201
ESTUDIO DE CASO: EXPERIENCIA DEL BPSO HOSPITAL ST. MICHAEL 204
PERSPECTIVAS FINALES DE LOS LÍDERES ORGANIZATIVOS DE LOS BPSO . . . 210
CONCLUSIÓN 211
MENSAJES CLAVE 211
REFERENCIAS. 212

9 MEJORAR EL CURRÍCULO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA EVIDENCIA Y LA COMPETENCIA EN LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA 217
INTRODUCCIÓN 218
ESTUDIO DE CASO 219
DE LA CANDIDATURA A LA DESIGNACIÓN. 219
PROPÓSITO DE LOS BPSO ACADÉMICOS. 220
CONVERTIRSE EN UN BPSO ACADÉMICO 221
LA CONSTRUCCIÓN DE CULTURAS DE EVIDENCIA 222
ESTABLECIMIENTO DE SOPORTES ESTRUCTURALES. 224
IDENTIFICACIÓN DE LOS GRUPOS INTERESADOS 224
DESARROLLO DE UN PLAN DE ACCIÓN DE UN BPSO ACADÉMICO 224
CREACIÓN DE UNA INFRAESTRUCTURA. 226
INTEGRACIÓN DE LAS GUÍAS EN EL PLAN DE ESTUDIOS 227
DISEÑO DE OBJETIVOS DE APRENDIZAJE MULTINIVEL RELACIONADOS CON LAS GUÍAS 227
REFORZAR EL APOYO Y SUPERAR LOS DESAFÍOS PARA UN CAMBIO SOSTENIDO 230
INTEGRACIÓN DE LAS GUÍAS EN EL ÁMBITO ACADÉMICO: MIDIENDO EL ÉXITO. 232
APOYO A LA EDUCACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA A TRAVÉS DE LA INVESTIGACIÓN 234
CONCLUSIÓN 235
MENSAJES CLAVE 235
REFERENCIAS. 236

UNIDAD 3 AMPLIACIÓN HACIA ARRIBA, HACIA FUERA Y EN PROFUNDIDAD: INICIATIVAS DE IMPLANTACIÓN EN TODO EL SISTEMA 239

10 AMPLIACIÓN HACIA ARRIBA Y HACIA FUERA: INICIATIVAS DE IMPLANTACIÓN EN TODO EL SISTEMA 241
INTRODUCCIÓN 242
AMPLIACIÓN: EL OBJETIVO DE LA DIFUSIÓN Y LA INNOVACIÓN 242
EXPANSIÓN: CONSIDERACIONES PRINCIPALES. 242

UNA EXPANSIÓN CON ÉXITO *243*
ESTUDIO DE CASO: INICIATIVA DE SALUD MENTAL Y ADICCIÓN *244*
ESTUDIO DE CASO: INICIATIVA DE INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL USO DEL TABACO *249*
ESTUDIO DE CASO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y DE LESIONES DERIVADAS DE LAS CAÍDAS EN LAS PERSONAS MAYORES. *254*
CONCLUSIÓN 261
MENSAJES CLAVE 262
REFERENCIAS. 262

11 PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. 265
INTRODUCCIÓN 266
ANTECEDENTES E HISTORIA 266
INFRAESTRUCTURA DEL PROGRAMA 267
VISIÓN, MISIÓN Y VALORES *267*
EL MARCO DE REFERENCIA 268
LOS COORDINADORES DE BUENAS PRÁCTICAS DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN *269*
SENSIBILIZACIÓN *269*
COMPROMISO. *269*
DESARROLLO DE LA CAPACIDAD *270*
IMPLANTACIÓN. *271*
INTEGRACIÓN. *273*
EVALUACIÓN. *273*
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE CUIDADOS A LARGO PLAZO 274
IMPACTO DEL PROGRAMA EN EL SECTOR DE LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO. 274
ESTUDIO DE CASO: EXTENDICARE HABILURTON *275*
ESTUDIO DE CASO: TILBURY MANOR *276*
UNA MAYOR AMPLIACIÓN MEDIANTE LA ADAPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO DE RNAO 277
OBJETIVO Y ADAPTACIONES DE LA DENOMINACIÓN DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN *277*
COMPROMISO ORGANIZACIONAL *278*
PAPEL COLABORATIVO DEL COACH DEL BPSO DE CUIDADOS A L ARGO PLAZO Y DEL ENLACE DEL BPSO DE CUIDADOS A LARGO PLAZO . . *278*
REQUISITOS. *278*
CREACIÓN DE CAPACIDAD *278*
DIFUSIÓN. *279*
MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN. *279*
SOSTENIENDO Y DIFUNDIENDO. *279*
RESUMEN DE LA INICIATIVA DE AMPLIACIÓN DEL BPSO *279*
ESTUDIO DE CASO: EL IMPACTO DEL BPSO DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EN LA RESIDENCIA SAINT PETER. *280*
CONCLUSIÓN 282
MENSAJES CLAVE 282
REFERENCIAS. 282

UNIDAD 4 INSPIRAR Y GESTIONAR LA IMPLANTACIÓN A ESCALA GLOBAL 285

12 LA DIFUSIÓN GLOBAL DE LAS GUÍAS DE RNAO: LA SOSTENIBILIDAD Y FIDELIDAD DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO..... 287

INTRODUCCIÓN 288

LA DIFUSIÓN DE LA INNOVACIÓN DE ROGERS Y EL ÉXITO DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE RNAO 288

LOS ELEMENTOS DE DIFUSIÓN: FACTORES Y CARACTERÍSTICAS 289

DESIGNACIÓN BPSO: DIFUSIÓN DE ÉXITO A NIVEL ORGANIZACIONAL. . . 296

MODELO DE BPSO HOST: DIFUSIÓN DE ÉXITO A NIVEL MACRO GLOBAL 301

EL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN DE BPSO 303

EL SISTEMA DE DATOS NQUIERE COMO ESTRATEGIA DE FIDELIDAD Y GARANTÍA DE LA CALIDAD 305

USO DE LA TECNOLOGÍA PARA PROPORCIONAR FORMACIÓN Y CONSULTA 306

PLANTEAMIENTOS DE LA TRADUCCIÓN 306

REQUISITOS Y OPORTUNIDADES PARA LA DESIGNACIÓN CONTINUA DE BPSO. 306

EL FUTURO. 308

TRADUCCIÓN DE LAS GUÍAS 309

DIFUSIÓN DE BPSO, SOSTENIBILIDAD Y SUPERVISIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN DE FORMADORES 309

CONCLUSIÓN 313

MENSAJES CLAVE 313

REFERENCIAS. 314

13 BPSO HOST: UN MODELO DE EXPANSIÓN GLOBAL 319

INTRODUCCIÓN 320

LA ATENCIÓN ENFERMERA EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. 320

LA EXPERIENCIA ESPAÑOLA EN LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE RNAO . . . 321

CONSTRUIR UNA INICIATIVA DE ÉXITO. 321

NUESTRA PRIMERA COHORTE 322

NUESTRA SEGUNDA COHORTE. 324

ESTRATEGIAS GENERALES 327

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN. 328

IMPACTO GLOBAL. 329

CONCLUSIÓN 330

MENSAJES CLAVE 331

REFERENCIAS. 331

14 SUPERAR LAS DIFERENCIAS DE CONTEXTO Y DE IDIOMA: LOS BPSO PIONEROS EN CHINA..... 333

INTRODUCCIÓN 334

EL TRASFONDO DE LA INTRODUCCIÓN DE CENTROS BPSO EN CHINA. 334

ESTABLECIMIENTO DE CENTROS ACADÉMICOS Y DE SERVICIOS EN CHINA. 334

FORMACIÓN DEL EQUIPO DEL BPSO 335

SELECCIONAR Y TRADUCIR GUÍAS 335

INTEGRACIÓN DE LAS GUÍAS EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA: LA EXPERIENCIA DE LA BUCM 336
EN EL AULA 337
IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA CLÍNICA: LA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DONGZHIMEN 340
EVALUACIÓN DE LOS FACILITADORES Y LAS BARRERAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA 343
DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN 345
SUPERVISIÓN DEL USO DE GUÍAS Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS . . 348
MANTENIMIENTO DEL USO DE LAS GUÍAS 349
LOGROS DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO EN CHINA 350
LOGROS DEL BPSO ACADÉMICO 350
LOGROS DEL BPSO DE SERVICIOS 352
DESAFÍOS Y SOLUCIONES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL BPSO 353
GRAN CARGA DE TRABAJO 353
DIFERENCIAS CULTURALES 354
ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA 354
PERSPECTIVAS FUTURAS DE LOS BPSO DE CHINA. 355
CONSTRUIR UNA CULTURA DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA . . . 355
INTRODUCCIÓN DE LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA ENFERMERÍA DE LA MEDICINA TRADICIONAL CHINA 355
EXPANSIÓN DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO 355
CONCLUSIÓN 356
MENSAJES CLAVE 356
REFERENCIAS. 357

15 LA EXPERIENCIA BPSO LATINOAMERICANA: UN MODELO DE CONSORCIO 359
INTRODUCCIÓN 360
ESTUDIO DE CASO: LA EXPERIENCIA DE FCI-IC EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA DE RNAO 361
ESTUDIO DE CASO: LA EXPERIENCIA DE FOSCAL EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA DE RNAO 370
ESTUDIO DE CASO: LA EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA LAS CONDES EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA DE RNAO 380
EL CONSORCIO DE BPSO DE AMÉRICA LATINA: DE LA FORTALEZA A UNA MAYOR FORTALEZA 388
CONCLUSIÓN 389
MENSAJES CLAVE 390
REFERENCIAS. 390

UNIDAD 5 EVALUAR LOS RESULTADOS, DEMOSTRAR SUS EFECTOS: EL TERCER PILAR PARA EL ÉXITO 393

16 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS GUÍAS: DESARROLLO Y PERFECCIONAMIENTO DE NQUIRE® 395

INTRODUCCIÓN 396
HISTORIA Y PROPÓSITO DE NQUIRE 398
EL MODELO DE DONABEDIAN DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADOS E INDICADORES DE NQUIRE 398
TAXONOMÍA DE LAS MEDIDAS DE CALIDAD 399
FRECUENCIA DE RECOGIDA DE DATOS 401
PROCESO DE DESARROLLO DE INDICADORES DE NQUIRE 401
EVOLUCIÓN INTENCIONADA DE NQUIRE 403
INDICADORES DE NQUIRE: PERFECCIONAMIENTO 404
INDICADORES ACADÉMICOS 406
NQUIRE DEL CONSEJO ASESOR INTERNACIONAL 406
SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE NQUIRE 407
MARCO DE CALIDAD DE DATOS NQUIRE 409
RESPUESTA A LOS BPSO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS DATOS 410
EL MARCO DE CALIDAD DE DATOS 412
CUATRO COMPONENTES DEL MARCO DE CALIDAD DE DATOS NQUIRE . . . 412
RESUMEN DEL MARCO DE CALIDAD DE DATOS NQUIRE 421
GUÍAS FUTURAS: REFUERZO DE LA EVIDENCIA Y MODELO DE EVALUACIÓN BPSO-NQUIRE 421
ECONOMÍA DE LA ENFERMERÍA 422
MODELO DE EVALUACIÓN BPSO-NQUIRE: ENFOQUE ESTRATÉGICO 423
CONCLUSIÓN 424
MENSAJES CLAVE 424
REFERENCIAS 425
APÉNDICE A: RNAO, PERFILES DE EVIDENCIA QUE DEMUESTRAN EL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS EN ALGUNOS BPSO) 428

17 RELACIÓN CALIDAD-PRECIO: MEDICIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LOS BPSO EN AUSTRALIA 433

INTRODUCCIÓN 434
ANTECEDENTES DE LA ANMF 436
ANMF (SA BRANCH): EL BPSO HOST AUSTRALIANO 436
EL MODELO DE BPSO AUSTRALIANO 437
LOS COMIENZOS DEL MODELO BPSO HOST 437
IMPLANTACIÓN DEL BPSO Y DE LAS GUÍAS 441
CENTRO PILOTO 1 DE LA FASE 1: CENTRAL ADELAIDE REHABILITATION SERVICE (CARS) 441
CENTRO PILOTO 2 DE LA FASE 1: NORTHERN ADELAIDE LOCAL HEALTH NETWORK (NALHN) 441
EVALUACIÓN DE LOS BPSO DE LA FASE 1 442
BPSO FASE 1: RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN 445
RESUMEN 457

MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS ECONÓMICOS DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO AUSTRALIANO 457
IMPACTO ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS MOSTRADO A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE COSTE-BENEFICIO 457
OTROS AHORROS RELACIONADOS CON LA REDUCCIÓN DE LAS CONTENCIONES 458
CONCLUSIÓN 460
MENSAJES CLAVE 460
REFERENCIAS. 460

UNIDAD 6 PRÓXIMAS ETAPAS: DE LA PRÁCTICA A LAS POLÍTICAS 463

18 INSPIRANDO CAMBIOS DE GRAN ESCALA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS: DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA A LA POLÍTICA BASADA EN LA EVIDENCIA 465
INTRODUCCIÓN 466
LA ENFERMERÍA COMO GRUPO POLÍTICO 466
LA NECESIDAD PERO INSUFICIENCIA DE UN ENFOQUE BASADO EN LA EVIDENCIA 467
IDEAS FUNDAMENTALES Y MARCO CONCEPTUAL PARA LA PROMOCIÓN . . . 468
LOS DOS PILARES PARA EL AVANCE DE UNA POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE 468
ETAPAS DE LA PROMOCIÓN DE POLÍTICAS 476
ESTUDIO DE CASO: VINCULACIÓN DE LA EVIDENCIA Y LA ABOGACÍA PARA SERVICIOS DE INYECCIÓN SUPERVISADOS EN ONTARIO 477
ESTUDIO DE CASO: VINCULACIÓN DE EVIDENCIA Y ABOGACÍA PARA FINANCIAR DISPOSITIVOS DE DESCARGA EN ONTARIO. 485
ESTUDIO DE CASO 485
CONCLUSIÓN 490
MENSAJES CLAVE 491
REFERENCIAS. 491

ÍNDICE 495

PREFACIO DE LA TRADUCCIÓN ESPAÑOLA

DICIEMBRE DE 2020

Mientras escribo este prefacio en diciembre de 2020, estamos ganando perspectiva sobre los extraordinarios desafíos provocados por la pandemia COVID-19, uno de los momentos más trascendentales y traumáticos en la historia de la profesión de enfermería.

La pandemia ha colocado a las enfermeras de todo el mundo en el centro de la lucha contra el virus. Para responder a este reto, las enfermeras y otros profesionales de la salud han desplegado todas las capacidades en sus cajas de herramientas individuales y profesionales, al tiempo que se esfuerzan hasta el extremo para preservar la vida y la salud de miles de millones de personas. Las enfermeras han aportado no solo su corazón, compasión, coraje y energía ilimitada a este enorme trabajo, sino también sus conocimientos profesionales de enfermería.

Este libro detalla un programa dirigido por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO por sus siglas en inglés) para promover el conocimiento basado en la evidencia en enfermería en más de mil organizaciones de salud en 15 países. En el núcleo del programa se encuentran las Guías de Buenas Prácticas (GBP), que reflejan el conocimiento de enfermería de vanguardia implementado y evaluado sistemáticamente por las organizaciones participantes, que llamamos Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (Best Practice Spotlight Organizations, o BPSO en inglés; RNAO, 2018) . Aunque este programa ha ganado una aceptación exponencial desde su inicio hace dos décadas y su eficacia se ha evaluado continuamente, nunca antes se puso a prueba en una crisis mayor como es esta pandemia.

COVID-19 ha presentado desafíos en muchos niveles. Este nuevo virus tiene una capacidad imprevista de propagación. En un lapso de sólo tres meses, un brote basado en el centro de China se convirtió en la pandemia más grande y expansiva desde la gripe española de 1917. Prácticamente todos los países se han visto consumidos por las demandas de abordar esta virulenta infección, así como sus ramificaciones sociales, económicas, psicológicas, políticas y culturales.

En este contexto, los profesionales de la salud se han enfrentado a COVID-19 sin conocer y comprender el virus, y mucho menos tener un conocimiento sólido basado en la evidencia de cómo prevenir y tratar la infección y la enfermedad relacionada. Un aspecto inspirador ha sido la colaboración sin precedentes y el despliegue masivo de conocimiento científico en disciplinas, instituciones y países para abordar esta enorme amenaza para la humanidad. Esto habla del ingenio y los recursos a los que podemos recurrir cuando colaboramos y actuamos con solidaridad, compasión y profunda creencia en los preceptos de Salud para Todos.

Las enfermeras han estado en primera línea atendiendo a pacientes con COVID-19, muchos gravemente enfermos, además de acompañarlos mientras sucumben al virus, aislados de sus seres queridos. No hay palabras para describir la humanidad, generosidad, fortaleza y profesionalismo necesarios para soportar y sobrevivir estas experiencias, no sólo una vez, sino que repetidamente.

También debemos reconocer el trauma y el agotamiento resultantes que marcarán a los profesionales sanitarios durante años, si no generaciones por venir. Este es el caso de las sociedades con sistemas sanitarias bien dotados. Imaginen el papel de los trabajadores sanitarios en sociedades desfavorecidas sin recursos adecuados, donde deben cuidar a los pacientes y a las familias en la medida de sus posibilidades con las herramientas que tienen a disposición o que pueden ingeniar. Es notable que, por casualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró 2020 el Año Internacional del Personal de Enfermería y de

Partería, con motivo del bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale. La OMS ahora ha designado 2021 como el Año Internacional del Personal Sanitario para honrar su increíble papel en el abordaje a la pandemia COVID-19.

Las enfermeras han encabezado el avance de las políticas de salud pública al menos desde la segunda mitad del siglo XIX, cuando Nightingale adoptó medidas de agua potable, saneamiento y aire fresco para prevenir infecciones e ideó medidas de aislamiento y contención (Grinspun, 2020). Las enfermeras hemos respondido una vez más al llamado, aportando una enorme experiencia y liderazgo en la respuesta a la pandemia. Hemos desempeñado un papel esencial en promover el bienestar de toda la población tratando de garantizar su seguridad y protección de la propagación del virus. Hemos estado al frente de la atención en casas de ancianos, la atención domiciliaria, los entornos congregados, la salud mental y las adicciones, y todos los demás puntos focales de la pandemia. Las enfermeras también actúan como profesionales centrales dentro de los hospitales y otros entornos de cuidados agudos, incluidas las unidades de cuidados intensivos (UCI) que han aparecido prominentemente en las noticias. Sin su experiencia colectiva y sus conocimientos basados en la evidencia, hubiera sido imposible abordar los desafíos multifacéticos de una pandemia. Juntas, las enfermeras hemos mostrado una identidad colectiva de pericia, coraje y compromiso inquebrantable, asegurando al público que siempre pueden contar con la enfermería.

La situación en rápida evolución, la incertidumbre de un nuevo patógeno y la falta de comprensión sobre cómo tratarlo, prevenirlo y controlarlo han llevado a la ansiedad y a problemas de salud mental. El incremento en la demanda de personal sanitario durante la pandemia ha agravado la escasez crónica de personal que persiste incluso en los países más ricos y es más extrema en entornos menos favorecidos. Muchos miembros del personal se han enfermado, se han visto obligados a aislarse o no han podido hacer frente. Abundan las historias de turnos de trabajo de 12, 14 y 18 horas bajo una enorme tensión y estrés, con trabajadores de la salud colapsando por el agotamiento y con miedo de llevar el virus a casa a sus seres queridos. Las deficiencias en las cadenas de suministro—a pesar de las lecciones de brotes anteriores como el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo)—junto con las medidas de reducción de costos e ineptitud política y burocrática intermitente han llevado a la falta de preparación y escasez de equipo de protección personal. Estos escenarios han enfrentado a las enfermeras con el difícil dilema de tratar a pacientes poniendo en peligro sus propias vidas.

Las enfermeras con su profesionalidad y fortaleza moral han seguido protegiendo vidas mientras algunos sectores de la sociedad se dedican a la distorsión y la diseminación intencional de información peligrosa—lo opuesto al conocimiento basado en la evidencia. Las plataformas de redes sociales han permitido la propagación sin restricciones de la desinformación por parte de poderosas figuras públicas que han mostrado un desprecio imprudente por la vida humana mientras venden teorías conspirativas y mitos dañinos sobre COVID-19. Como era de esperar, la falta de respeto a las medidas de salud pública, como el distanciamiento físico, el uso de máscaras y la cuarentena—y la vacilación por la vacuna—seguirán siendo un frente difícil de afrontar en nuestro esfuerzo de derrotar COVID-19. Una enfermera, que habló en Twitter de la "película de terror que nunca termina", se siente particularmente afectada por los pacientes que se aferraron a la desinformación en torno al virus, incluso cuando este atacó sus cuerpos y finalmente los mató (Elliott, 2020).

Una lección de COVID-19 es que la práctica basada en evidencia (PBE) salva vidas y hace que nuestro mundo sea habitable. El sufrimiento y la muerte habrían sido muchísimo menores si las políticas públicas en todo el mundo hubieran sido impulsadas únicamente por la evidencia. Las realidades de las prácticas y las políticas son muy diferentes, y ese es el reto que abordamos en este libro. Describimos una trayectoria de dos décadas para construir un movimiento social de enfermería que promueve la práctica y la política sanitarias basadas en la evidencia, y que luego se ha expandido a entornos sanitarios interdisciplinarios, así como a servicios sociales (Grinspun et al., 2020). Léelo y sumérgete en la riqueza y el impacto del movimiento.

Ha sido inspirador presenciar a cientos de BPSO en todo el mundo que aprovechan las guías de buenas prácticas de RNAO para abordar cuestiones prioritarias durante esta pandemia. En Chile, el Hospital del Trabajador decidió unirse al programa GBP para mejor poder responder a problemas clínicos como lesiones por presión, cuidados paliativos y cuidados durante transiciones (Hospital del Trabajador, 2020). La GBP sobre *el establecimiento de relaciones terapéuticas* (RNAO, 2006) fue fundamental para el trabajo de las enfermeras que participan en el rastreo de casos y contactos. En países tan diversos como Australia, Canadá, Chile, China, Colombia y España, organizaciones han confiado en la GBP de RNAO para promover *la atención centrada en la persona y la familia* (RNAO, 2015).

El imperativo intelectual y ético de brindar atención individualizada en medio de COVID-19 es digno de algún detalle. ¿Qué significa estar centrado en la persona y la familia durante una pandemia? Hemos planteado esa pregunta a consorcios de salud intersectoriales (en inglés, OHTs) en la provincia de Ontario, Canadá, que están trabajando con RNAO para implementar las GBP. Estos consorcios trabajan en el continuo de la atención, incluyendo la atención primaria, aguda, domiciliaria, casas de ancianos, personas destituidas, salud mental, adicciones, y más (McNeill, 2020).

En las reuniones virtuales de intercambio de conocimientos durante la primera ola de COVID-19 en Ontario en abril de 2020, muchos mencionaron que la atención centrada en la persona y la familia (ACPF) es la piedra angular de su respuesta a la pandemia. Otros dijeron que ACPF se volvió aún más importante ahora, no solo para las personas y familias que cuidan, sino también para el personal sanitario. Mencionaron una serie de desafíos. El distanciamiento social ha significado estar aislado de los seres queridos. Se han tenido que tomar decisiones difíciles, como qué hermano visita a un padre moribundo. También se han necesitado grandes ajustes en la forma en que se ofrece la atención, con la mayoría de las visitas haciéndose virtualmente. Mientras tanto, la información en constante evolución sobre COVID-19 creaba incertidumbre y miedo, y las organizaciones necesitaban crear rápidamente protocolos e informar al personal, los pacientes y las familias.

La atención se volvió más compleja. Las enfermedades crónicas se agravaron por el aislamiento, la soledad y la pobreza. Algunas personas requerían ayuda logística, como el acceso a suministros básicos y alimentos, y otras estaban experimentando angustia emocional o una crisis de salud mental. El aislamiento en casa presentaba desafíos adicionales para las personas que vivían en espacios reducidos. El riesgo de violencia doméstica aumentó y las conversaciones confidenciales o las visitas virtuales privadas eran casi imposibles. La gran dependencia en la tecnología expuso las desigualdades, como el acceso inadecuado a internet. Aquellos que no estaban familiarizados con la tecnología necesitaban adquirir nuevas habilidades para poder conectarse con la familia o los proveedores de salud.

Los BPSO se movilizaron para abordar los desafíos identificados participando en soluciones centradas en la persona y la familia. Enseñaron a usar tecnología. Apoyaron la salud mental ampliando servicios de asesoramiento telefónico y aplicando principios de comunicación centrada en la persona y la familia, como escuchar y usar comunicación terapéutica. Informaron regularmente sobre el virus en forma honesta y compartiendo el dolor, como por ejemplo la prohibición de visitas. Establecieron una persona puntual consistente para trabajar con las familias y proporcionar actualizaciones. Desarrollaron "guiones de llamadas" para las preguntas que debían hacerse a medida que evolucionaba la pandemia, y adaptaron los planes de atención según fuera necesario.

Los BPSO también satisfacían las necesidades tangibles de nuevas formas. Se asociaron con organizaciones comunitarias y agruparon recursos para brindar apoyo logístico, como ayudar a las personas sin hogar a mudarse de refugios a piezas de hoteles u otros recintos dados por el gobierno, como también organizar la entrega de alimentos y medicamentos. Además aseguraron la continuidad de la atención a través de visitas regulares de enfermeras, en persona o virtualmente, para abordar enfermedades crónicas complejas y problemas sociales.

Los BPSO también adoptaron un enfoque de ACPF para satisfacer las necesidades emocionales del personal, reconociendo temores e inquietudes, reuniéndose con frecuencia para ofrecer apoyo y ayudarlos en la transición a nuevos roles, y ayudándoles a lidiar con la disminución de la dotación de personal. Algunos proporcionaron un "carrito de bienestar" con bocadillos, agua y demás, y otros ofrecieron asesoramiento virtual. Los servicios pastorales y el personal capacitado respondieron a las "alertas de lavanda", un sistema inmediato de apoyo para el personal en crisis, para ofrecer recursos para afrontar situaciones y reducir el riesgo de trastorno de estrés postraumático.

Los BPSO se comunicaron con el personal de varias maneras, por ejemplo, organizando encuentros virtuales con altos directivos, y también se tomaron tiempo para reflexionar y documentar las lecciones aprendidas. Además, celebraron apropiadamente las pequeñas victorias y los grandes éxitos, como cuando un paciente de UCI se liberó del ventilador o un residente de un hogar de ancianos se recuperó de COVID-19.

En la realidad de COVID-19, PBE significa compartir el trabajo sobresaliente de enfermeras y otros trabajadores sanitarios; obtener soluciones creativas, flexibles y repletas de compasión a los problemas que van surgiendo rápidamente; y colaborar eficazmente dentro y entre las profesiones y organizaciones de la salud. La PBE en una pandemia significa aprender unos de otros y luchar juntos por la excelencia clínica, mientras se fomenta la camaradería en medio de una crisis.

Tales son las contribuciones gigantescas que las enfermeras han hecho, y seguirán haciendo, a la salud y el bienestar de las personas. Mis colegas de RNAO y yo nos consideramos afortunados de contribuir a este apasionante e inspirador esfuerzo colectivo. Te invitamos a unirte a este influyente movimiento social por la práctica basada en la evidencia para todos.

–Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD(hon), Dr(hc),
FAAN, FCAN, O.ONT, CEO, RNAO

REFERENCIAS

Elliott, J. K. (2020, November 17). Many COVID-19 patients insist 'it's not real' until they die, nurse says. *Global News.* https://globalnews.ca/news/7467283/coronavirus-denier-deaths-nurse-hoax/

Grinspun, D. (2020). Conversations with Nightingale: Thoughts by one of her disciples. *Metas de Enfermería*, *23*(7), 3–6. https://doi.org/10.35667/metasenf.2020.23.1003081632

Grinspun, D., Wallace, K., Li, S.-A., McNeill, S., & Squires, J. (2020, Spring). Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal*. https://rnj.rnao.ca/feature/leading-change-through-social-movement

Hospital del Trabajador. (2020). *Hospital del Trabajador firma alianza estratégica con la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO)*. https://www.hospitaldeltrabajador.cl/ht/Comunidad/Noticias/Paginas/hospital-del-trabajador-firma-alianza-estrategica-con-la-asociacion-de-enfermeras-de-ontario.aspx

McNeill, S. (2020, May 3). Being person- and family-centred during COVID-19. *Doris' COVID-19 blog.* https://doris-blog.rnao.ca/post/being-person-and-family-centred-during-covid-19

Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). *Establishing therapeutic relationships*. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Establishing_Therapeutic_Relationships.pdf?

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person- and family-centred care*. https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care

Registered Nurses' Association of Ontario. (2018, July-August). 20 years of BPGs: Focus on BPSOs. *Registered Nurse Journal*, 9–24. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNJ-JulyJAug2018-web.pdf

PRÓLOGO

Transformar la Enfermería a través del conocimiento: Desarrollo de Guías de Buenas Prácticas, ciencia de la implantación, y evaluación de Doris Grinspun e Irmajean Bajnok es un libro único en su género. No sólo proporciona los mejores métodos para crear guías basadas en la evidencia, sino que describe las estrategias más efectivas para su implantación en una variedad de entornos de atención sanitaria y académicos.

Aunque una gran cantidad de estudios documentan los resultados positivos asociados con la atención basada en la evidencia, la traducción de la evidencia a la práctica clínica todavía ocurre a paso de tortuga debido a las múltiples barreras que siguen existiendo en los sistemas sanitarios de todo el mundo. Cómo superar estas barreras en la implantación de guías de buenas prácticas basadas en la evidencia es un punto culminante de este libro. Grinspun y Bajnok tienen la riqueza de experiencia en el desarrollo, implantación y evaluación de directrices que se comparte de manera exquisita en este libro.

Este libro es de lectura obligatoria porque se basa en Guías sólidas elaboradas por la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) y en la implantación de estas guías en el practica diaria por parte de organizaciones de todo Canadá y el mundo. Proporciona la experiencia adquirida de las organizaciones sanitarias y académicas, lo que permite a los lectores obtener una visión clara de lo que funciona mejor a la hora de transferir evidencia a la practica, para, en última instancia, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y los resultados de los pacientes.

Un aspecto único de este libro es su énfasis en el uso de la tecnología para facilitar y acelerar la implantación de Guías de Buenas Prácticas basadas en la evidencia en la práctica y su enfoque en el uso de la evidencia para impulsar las políticas de salud. Stephen R. Covey, el famoso orador motivacional americano, dijo: “Saber pero no hacer es realmente no saber”. Por lo tanto, animo a todos los que lean este libro a que actúen sobre su magnífico contenido y pongan rápidamente en práctica los conocimientos adquiridos, ya que todas las personas del mundo merecen la mejor atención.

–Bernadette Mazurek Melnyk, PhD, RN, CRNP, FAANP, FNAP, FAAN
Vice President for Health Promotion
University Chief Wellness Officer
Dean and Professor, College of Nursing
Professor of Pediatrics and Psychiatry, College of Medicine
Executive Director, the Helene Fuld Health Trust National Institute for
Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare
The Ohio State University, Ohio, USA

INTRODUCCIÓN

Este libro nació de un profundo deseo de compartir nuestra experiencia en el desarrollo de un programa de Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) de clase mundial que ha logrado resultados excepcionales a través del uso de las Guías de Buenas Prácticas (GBP), transformando la práctica de las enfermeras y enriqueciendo la vida de los pacientes en Ontario, Canadá y el mundo entero. El libro será de interés para aquellos que deseen aprender de la evolución de un programa global exitoso a gran escala enfocado en el avance de la PCBE—evidencia en la educación, evidencia en la práctica clínica, evidencia en los ambientes de trabajo, y evidencia en las políticas—para lograr un cambio profundo a nivel individual, de las organizaciones y de los sistemas sanitarios. También será de interés para investigadores, profesores, formadores del personal y estudiantes, que se beneficiarán de los componentes teóricos relacionados con todos los aspectos del desarrollo de las guías, la ciencia de la implantación y la evaluación de resultados. Inspirará a las organizaciones de salud de cualquier sector y las invitará a unirse a este fenomenal movimiento colectivo para optimizar los resultados de sus pacientes y de la propia organización.

El objetivo de este libro es compartir la extraordinaria evolución con propósito del Programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO (GBP), desde su creación en 1998 hasta su posición destacada, hoy en día, en el ámbito de la enfermería y los servicios de salud internacionales. Esta evolución intencionada está presente en la conceptualización y el enfoque programático, así como dentro y a través de los tres pilares del programa, desde el desarrollo de las guías, la implantación y la evaluación.

Desde las bases conceptuales y programáticas hasta las experiencias de los profesores, estudiantes, enfermeras gestoras, enfermeras responsables del cuidado directo a los pacientes y otros profesionales de la salud, el libro, en su transparencia, no deja ninguna piedra sin remover para que otros puedan beneficiarse de nuestra experiencia y nuestros aprendizajes. Proporciona al lector lo último en desarrollo de guías, ciencia de la implantación y evaluación; y amplía el pensamiento actual sobre el cambio en los sistemas sanitarios. El libro presenta ejemplos en organizaciones académicas y de servicios de todo el mundo, conquistando el contexto y las diferencias lingüísticas, para que la enseñanza y la práctica clínica sean lo mejor posible. Varios capítulos se centran en la experiencia de la utilización de las GBP en el mundo académico y en las organizaciones de asistencia sanitaria de una manera poderosa para hacer de la PCBE una realidad. Estos capítulos pueden ser utilizados como guía para aquellos que buscan avanzar en la enseñanza y la práctica basada en la evidencia.

Las secciones de cada capítulo serán significativas para todos los lectores, en particular para los estudiantes de enfermería y la comunidad académica y de formación del personal de enfermería. Estas características incluyen

- Objetivos de aprendizaje
- Preguntas sobre pensamiento crítico/reflexión
- Mensajes clave destacados para una revisión rápida
- Breves fragmentos de opiniones del propio terreno que reflejan citas o comentarios de los desarrolladores, usuarios y evaluadores de las Guías de Práctica Clínica.
- Casos prácticos

Los clínicos y administradores que se preparan para la adopción de la práctica basada en la evidencia encontrarán que este libro es beneficioso como fuente de conocimiento e inspiración. En particular, los ejemplos de cómo las organizaciones han preparado su entorno de trabajo y han tomado medidas para iniciar y mantener cambios en la práctica y la cultura, motivarán a aquellos que buscan una transformación similar. La riqueza del conocimiento incorporado en este libro proporcionará información tanto al profesorado como a los estudiantes sobre el desarrollo de las guías, la ciencia de la implantación, el seguimiento y la evaluación.

El libro será una guía para el profesorado con el que pretende mejorar el plan de estudios y el aprendizaje de los estudiantes a través de la integración de las GBP. También atraerá a los investigadores interesados en el desarrollo de guías, la implantación y la evaluación, y los vínculos entre las guías basadas en la evidencia, la práctica clínica basada en la evidencia y las políticas de salud basadas en la evidencia.

Los expertos en políticas de salud valorarán las experiencias exitosas sobre cómo optimizar la transferencia de conocimientos y la asimilación de la evidencia a nivel del sistema sanitario, y cómo crear culturas basadas en la evidencia y cambios sostenidos en la práctica utilizando la mejor evidencia en el ámbito de la atención de salud. Los investigadores y los gestores del sistema de salud estarán intrigados por nuestra experiencia en el uso de enfoques convencionales y de movimientos sociales para visualizar, planificar, cumplir, y sostener con robustez y fidelidad un cambio a gran escala en el sistema de salud dentro y fuera de las fronteras de un país.

Se recomienda que *Transformar la Enfermería a Través del Conocimiento* se incluya como libro obligatorio de texto en los planes de estudios de enfermería de pregrado y postgrado, y como referencia en otros cursos de enfermería y clínicos, así como en cursos de investigación, liderazgo, gestión, desarrollo de programas, políticas y evaluación. Está diseñado para ser un libro de consulta para las organizaciones de salud, los directores de los centros, los gestores de salud, incluidas las enfermeras, y todos los profesionales interesados en crear culturas basadas en la evidencia: cómo empezar, avanzar y lograr resultados. Finalmente, puede servir como una referencia importante en los campos de la mejora de la calidad, la seguridad del paciente, la gestión de riesgos, el desarrollo de políticas y la evaluación.

El libro contiene un capítulo introductorio en la Unidad 0, seguido de 16 capítulos divididos en cinco unidades, que abordan los tres pilares de la elaboración, aplicación y evaluación de las guías. En particular, la Unidad 1 se centra en la elaboración de guías, las Unidades 2, 3 y 4 abordan aspectos clave de la implantación de las guías, y la Unidad 5 se dedica a la evaluación de las guías. Cada unidad progresa de capítulos teóricos a capítulos que abordan la aplicación y las experiencias adquiridas. El libro termina con un capítulo final en la Unidad 6 que presenta al lector la urgente necesidad de que las enfermeras y otros profesionales de la salud aprovechen la práctica clínica basada en la evidencia y las políticas de salud basadas en la evidencia para impulsar políticas públicas saludables.

El capítulo introductorio de la Unidad 0 relata el comienzo de un proyecto inspirador que refleja los fundamentos conceptuales del Programa de GBP de la RNAO—imbuido en una solida filosofía de cuidados basados en el conocimiento. Luego detalla el enfoque de desarrollo y movimiento social del programa en cada uno de los tres pilares. Este capítulo concluye con una discusión de los elementos, en particular la identidad colectiva, que han hecho de este programa un éxito rotundo. Los capítulos de la Unidad 1 proporciona conocimientos fundamentales sobre el desarrollo de guías y su importancia, abordando tanto la práctica clínica como las guías para un ambiente de trabajo saludable. El lector aprende sobre el trabajo innovador de la RNAO en cada una de estas áreas, que son fundamentales para la plena expresión del Programa de Guías de Buenas Prácticas.

Los capítulos de la Unidad 2 proporciona una gran cantidad de información a partir de la teoría de la ciencia de la implantación, y aborda cómo la RNAO ha utilizado la tecnología para permitir y extender el uso de la GBP, y los muchos apoyos en los niveles micro, meso y macro que mueven la implantación de una ciencia a la acción. En esta unidad, también compartimos conocimientos extraordinarios-métodos de traducción, incluyendo el más popular a nivel meso organizacional—la Designación de Best Practice Spotlight Organization (BPSO). Los BPSO de los servicios de salud y los académicos comparten en sus propias palabras estudios de caso, historias, citas y lecciones aprendidas. Los capítulos de la Unidad 3 proporcionan varios ejemplos positivos de los enfoques de la RNAO para la ampliación del programa de GBP a nivel regional, provincial y nacional, que reflejan la adaptación del programas con el fin de asegurar que se ajusten al contexto y mantengan la fidelidad de la filosofía y parámetros del programa.

Los capítulos de la Unidad 4 ilustran cómo la difusión se ha extendido a la escena mundial, donde los BPSO son reconocidos como el medio de despertar la pasión de las enfermeras de cuidados directos y los estudiantes, el apoyo de los gestores y docentes, el compromiso de otros profesionales de la salud, incluyendo a los altos directivos de los sectores de la salud y del ámbito de la docencia, así como el interés del publico. El propósito es incrementar la calidad de la atención sanitaria y la enseñanza, y de esta forma acrecentar el beneficio a todos los pacientes a escala mundial. Puntos de vista y experiencias únicas sobre la educación y la practica clínica basados en la evidencia, en combinación con la cultura y el contexto de los BPSO de China, Chile, Colombia y España, hacen que la unidad se distinga por su transparencia y la demostración de su gran interés por este trabajo.

Los capítulos de la Unidad 5 demuestran la calidad de NQuIRE® como un sistema de datos internacional de indicadores que mide los resultados de la implantación de las GBP. NQuIRE está validando y estimulando nuestra comprensión del uso de las GBP y su impacto en la enfermería y en la atención sanitaria. Una aplicabilidad específica de los datos de NQuIRE muestra tanto el valor de este sistema de datos en el seguimiento, la valoración y la evaluación, como la influencia de la práctica basada en la evidencia en los resultados económicos. Aquí se incluye la experiencia en Australia de cómo presentar los resultados clínicos y económicos del uso de las GBP a través del movimiento BPSO.

El capítulo final de la Unidad 6 es un llamamiento urgente para que las enfermeras se conviertan en un instrumento estratégico para realzar la contribución de la profesión al público como expertos basados en la evidencia. Presenta conceptualmente y a través del uso de dos poderosos estudios de caso cómo funciona una organización de enfermería, como colectivo y en asociación con otros, con el propósito de potenciar la práctica basada en la evidencia y las políticas basadas en la evidencia para impulsar políticas públicas saludables para todos.

UNIDAD 0: PREPARANDO EL TERRENO

El Capítulo 1, de Grinspun, proporciona los fundamentos conceptuales y programáticos del programa de GBP dirigido por la RNAO. Destaca una amplia conceptualización del cuidado que abarca las dimensiones cognitivas, físicas y relacionales de la práctica enfermera. Explica por qué el énfasis en el conocimiento de enfermería, ampliamente definido, es tan importante para el paciente, las organizaciones de salud, las instituciones académicas y los resultados de los sistemas sanitarios. Subraya el valor añadido de un programa diseñado específicamente para desarrollar, difundir y apoyar a las enfermeras en la implantación de conocimientos basados en la evidencia en su práctica diaria. Pasando de la teoría y los conceptos a los fundamentos programáticos e institucionales, el capítulo relata la historia de dos décadas del Programa de GBP de la RNAO, centrándose en sus orígenes, objetivos, diseño, base científica, evolución intencional y pensamiento del movimiento social que impulsan su éxito. Señala la singularidad del Programa de GBP que se centra en: 1) desarrollo de guías; 2) difusión, implantación y sostenibilidad; y 3) seguimiento y evaluación. Muestra el contexto de la enfermería y el contexto más amplio en Ontario, Canadá que hace posible este programa y su extraordinaria expansión nacional e internacional desde su inicio hasta la actualidad. La última sección destaca los siete factores clave que han hecho de este programa el éxito que tiene hoy en día y amplía el concepto de identidad colectiva.

UNIDAD 1: DESARROLLO DE LAS GUÍAS: PRIMER PILAR PARA EL ÉXITO

El Capítulo 2, por Rey, Grinspun, Costantini y Lloyd, proporciona una visión general del desarrollo de las guías y de la importancia de tener sólidas guías basadas en la evidencia en el cuidado de hoy. En el riguroso proceso de desarrollo de las Guías de Buenas Prácticas de la RNAO (que es consistente con los Estándares

AGREE II) se destaca el objetivo general de cada una de las etapas de desarrollo de las Guías y la atención continua a la mejora de la calidad. Los aspectos del proceso de desarrollo que se presentan son la revisión sistemática de la evidencia optimizada, el proceso Delphi modificado utilizado para construir recomendaciones y la progresiva aplicación de GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) por parte de la RNAO para determinar la calidad de la evidencia y la solidez de las recomendaciones. El capítulo proporciona respuestas a los desafíos clave en el desarrollo de las guías, tales como los plazos, los recursos, la actualización de las guías y el trabajo en colaboración con expertos para lograr los mejores resultados.

El Capítulo 3, por Bajnok y Stewart-Pyne, identifica los fuertes vínculos entre los ambientes de trabajo y la adopción del EBP, GBP clínicos y excelencia clínica. Se destaca el dinamismo de la RNAO en la puesta en marcha de la Guía de Buenas Prácticas para un Entorno Laboral Saludable (ELS-GBP) y el modelo de entornos laborales saludables que ha guiado los procesos. El capítulo también describe los procesos participativos utilizados para identificar y evaluar las primeras GBP fundacionales y cómo se han implementado en los lugares de trabajo de todos los sectores. El capítulo proporciona una visión general de los resultados de la implantación de las GBP de Entornos Laborales Saludables, incluyendo una mayor satisfacción de los prestadores de servicios y una adopción sostenida de las directrices de la práctica clínica, lo que conduce a mejores resultados para los clientes y la organización. El capítulo concluye con un estudio de caso que describe la implantación de la ELS-GBP y los cambios organizacionales resultantes que influyeron en el éxito de la adopción de la GBP en la clínica.

UNIDAD 2: CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN: SEGUNDO PILAR PARA EL ÉXITO

El Capítulo 4, de Grinspun, McConnell, Virani y Squires, proporciona el fundamento para el trabajo innovador de la RNAO en la implantación de las GBP en los niveles micro, meso y macro. Cada una de las estrategias de implantación de la RNAO se presenta con una breve historia junto con evidencia relevante basada en la ciencia de la implantación que se utilizó para dar forma y apoyar la estrategia. Se discuten la Red de "Champions" de la RNAO; los Institutos de aprendizaje de la RNAO, incluyendo el Instituto de GBP; y el conocido Repertorio de Herramientas para la Implantación y el Material para el Docente (en inglés) de la RNAO. Estas herramientas sintetizan la mejor evidencia y recomendaciones para la implantación de guías tanto en el ámbito académico como en el de los servicios de salud. Por último, se esboza brevemente la Designación de la Organización como BPSO (que se discutirá en detalle en el Capítulo 6), así como las estrategias de implantación a nivel de los sistemas sanitarios tanto a nivel regional como a nivel nacional (que se analizan en detalle en el Capítulo 10). Las perspectivas futuras cierran el capítulo y abordan áreas tales como la participación de los pacientes, la tecnología, la desimplantación y la forma en que la RNAO está construyendo una colaboración de investigación para contribuir a la aplicación de la ciencia a través de la investigación participativa sobre el terreno

El capítulo 5, de Wilson y Bajnok, muestra los recursos tecnológicos de la RNAO para apoyar la práctica basada en la evidencia. El capítulo destaca la contribución de la RNAO a la enfermería y a la eSalud y a la promoción de la plena participación de la profesión de enfermería en la eSalud. Desde este comienzo, se discuten recursos clave que muestran la tecnología como un facilitador de la práctica basada en la evidencia. Estos recursos incluyen la App de las GBP de la RNAO, a la que tienen acceso miles de estudiantes, docentes, enfermeras y otros profesionales de la salud en todo el mundo; los conjuntos de órdenes de enfermería basadas en la evidencia de la RNAO, que incluyen muestras que describen las características clave y su codificación con respecto a la clasificación internacional de la práctica de la enfermería (ICNP, por sus siglas en inglés); y la GBP sobre el apoyo a la participación de los profesionales y los pacientes en el diseño y la adopción de la tecnología de los sistemas de atención de la salud.

El Capítulo 6, de Bajnok, Grinspun, McConnell y Davies, se centra en la designación de los BPSO y en cómo se está llevando a cabo su visión a través de los recursos clave para la implantación de los BPSO. En este capítulo se analiza en detalle el acuerdo con los BPSO y la forma en que se define y fortalece la designación como BPSO, lo que conlleva una participación plena, un compromiso para lograr los resultados, una implantación sostenible de las GBP y una evaluación de los resultados. Discute el propósito y el impacto del Programa de Orientación de los BPSO, el modelo de "coaching", el desarrollo de competencias, la implantación, la evaluación y los requisitos de presentación de informes. Se describen brevemente los elementos del conjunto de herramientas de implantación de la RNAO y cómo se incorporan a la designación de los BPSO para conformar una metodología de implantación estructurada. Se presentan las importantes funciones de los BPSO y de los mentores de los BPSO ya designados en la traslación del conocimiento y la construcción de una identidad colectiva. La conclusión del capítulo es una visión del futuro en relación con el dinamismo y la fidelidad en la designación de los BPSO.

El Capítulo 7, por Sharkey, Lefebre, Ray, Malek, Bell, Taggar, O'Leary, y DasGupta, presenta la primera descripción en profundidad de los BPSO y sus experiencias en la vida real. El capítulo presenta tres tipos de organizaciones BPSO: una organización de atención domiciliaria, una organización compleja de continuidad de cuidados y una organización de cuidados intensivos, que representan tanto a los BPSO " pioneros " como a los que los siguieron en el tiempo. Cada BPSO habla desde la perspectiva de su motivación para convertirse en BPSO, de sus éxitos y desafíos singulares, de cómo la designación como BPSO dio origen a su actual cultura de trabajo, y de lo que les ha permitido mantener y expandir su trabajo en los siguientes 5-15 años. Por último, el capítulo proporciona información sobre cómo estos líderes y organizaciones planean llevar su trabajo como BPSO en el futuro.

El Capítulo 8, por Timmings, O'Neil, Whitney, Quinn y Canzian, cinco BPSO de todos los sectores (y que van desde las primeras hasta las cohortes más recientes) cuentan sus poderosas historias. Los BPSO discuten por qué decidieron unirse al movimiento BPSO, cómo comenzaron, cuáles fueron sus éxitos y desafíos, cuál fue el impacto organizacional general, y cómo la designación BPSO define su organización en la actualidad. Planifique para sorprenderse de cómo la Designación BPSO ha transformado la práctica en una unidad de salud pública; definido y ampliado la atención primaria en una clínica dirigida por enfermeras especializadas; contribuido a la difusión nacional de la práctica basada en la evidencia en una organización de atención médica domiciliaria; apoyado a un hospital comunitario en el logro de una transformación cultural de la atención centrada en las personas y, finalmente, de cómo un entorno de atención de cuidados agudos se han implementado numerosas GBP para crear un "tsunami de la práctica basada en evidencia" a lo largo y ancho de toda la organización.

El Capítulo 9, de MacDonald, Silva-Galleguillos, Gómez Díaz y Bajnok, presenta una visión internacional de los BPSO en el ámbito académico a través de experiencias colectivas de los BPSO académicos en Canadá, Chile y Colombia. El capítulo comienza con una breve historia de los primeros trabajos de la RNAO en el ámbito académico. Se hace especial hincapié en el desarrollo del Recurso del Educador para apoyar la integración de las GBP en el plan de estudios y el uso de GBP por parte del profesorado, lo que ha llevado a la designación formal como BPSO académicos, muy popular, en la actualidad, a nivel mundial. También se incluye una visión general de cómo los BPSO académicos conforman sus planes de estudios de enfermería de pregrado y postgrado integrando las GBP de la RNAO y la práctica basada en la evidencia. Los lectores valorarán la posibilidad de obtener una perspectiva sobre los diferentes enfoques de integración de la GBP utilizados en todo el mundo y la discusión de su impacto en los planes de estudio, el claustro de profesores, los estudiantes y los socios de las instituciones de atención de la salud.

UNIDAD 3: AMPLIACIÓN HACIA ARRIBA, HACIA FUERA Y EN PROFUNDIDAD: INICIATIVAS DE IMPLANTACIÓN EN TODO EL SISTEMA

El Capítulo 10, por McConnell, Merali, John, McNeill y Bajnok, describe los factores que influyen en el éxito: la ampliación (en la institución), la expansión (en las políticas) y la profundización (enraizando la cultura) en los niveles micro, meso y macro. Se presentan tres estudios de caso que se relacionan con proyectos específicos de RNAO basados en GBP seleccionados en las áreas de salud mental y adicción, abandono del hábito de fumar y prevención de caídas. En este capítulo se presenta el trabajo de cada iniciativa. Describe cómo los resultados de salud relacionados con la implantación de la GBP en cada una de las áreas mencionadas han sido analizados a nivel regional, provincial y nacional, a través de una variedad de sectores, a través de la maximización de la participación de todo el sistema. Se destacan las estrategias de desarrollo exitosas utilizadas en cada proyecto, lo que demuestra el enfoque estratégico de la RNAO en diferentes aspectos del desarrollo, desde el incremento de la visibilidad, pasando por la influencia en las políticas, hasta el impacto en la cultura.

El Capítulo 11, por Holmes, Iqbal, Karimi, McConnell, y Bajnok, describe el Programa de Buenas Prácticas referente a los cuidados de larga duracción (LTC, por sus siglas en inglés) y su historia de 15 años. Se presentan recursos clave, incluidos los coordinadores de LTC como facilitadores de la implantación de las GBP, los recursos en la red que se utilizan en todo el mundo y un activo programa de "Champion". Este capítulo también muestra el desarrollo y el éxito de la designación de LTC BPSO, con un incremento de más de 50 organizaciones en tan sólo tres años. Un aspecto central del capítulo es una demostración de los enfoques de expansión utilizados para dar forma a la designación como BPSO de manera que se adapte a la cultura de la atención de larga duración, manteniendo al mismo tiempo la fidelidad del programa.

UNIDAD 4: INSPIRAR Y GESTIONAR LA IMPLANTACIÓN A ESCALA GLOBAL

El Capítulo 12, de Bajnok, Grinspun y Grdisa, aborda el impacto global de la designación como BPSO y cómo ha influido y seguirá influyendo cada vez más en la atención de la salud Este capítulo se centra en el uso de la teoría de difusión de Rogers para documentar los factores que han influido en la proliferación extraordinaria de las GBP de la RNAO y la designación como BPSO a nivel internacional. Se examinan los modelos BPSODirect y BPSOHost, definiendo su papel para facilitar la gestión y el seguimiento de esta amplia difusión. También se explican los enfoques fundamentales para el control de calidad y la fidelidad de BPSO, como pueden ser el Programa de Orientación de BPSO, el proceso de auditoría y retroalimentación, y el modelo de formación de formadores. Todos estos enfoques apoyan la difusión global efectiva, al tiempo que garantizan la coherencia y la participación de los socios locales e internacionales en el programa BPSO. El capítulo se cierra con una visión de futuro de la designación de nuevos BPSO y de las nuevas y necesarias directivas, ya que la designación de BPSO sigue siendo viral.

El Capítulo 13, de Moreno-Casbas, González-María y Albornos-Muñoz, muestra el origen del enfoque internacional de la RNAO, comenzando en España con la traducción de todas las GBP de la RNAO al español, extendiéndose hasta el desarrollo del modelo de BPSOHost para dar soporte desde RNAO a distancia, y dando lugar a la designación de sus primeros BPSO en España, tres años después. El capítulo también presenta el crecimiento de la designación como BPSO de España, que en cinco años se ha expandido a 81 organizaciones en una variedad de sectores y universidades, a lo largo del país. La filosofía del movimiento social de la RNAO y la evolución intencionada del programa GBP son evidentes en las conversaciones sobre la fuerte contribución de España al desarrollo de NQuIRE y a la evaluación del impacto de la implantación de las GBP, así como en las lecciones aprendidas de la ciencia de la implantación y la evaluación. Estas han

sido compartidas y han beneficiado a todas los BPSO, contribuyendo en gran medida a la identidad colectiva en la designación como BPSO.

El Capítulo 14, de Yufang, Hailing, Lijiao, Runxi y Junqiang, describe el interesante trabajo de colaboración de la RNAO con China en relación con el establecimiento de un BPSO clínico y de un BPSO académico. La atención se centra en el impacto generalizado y transformador de la designación como BPSO en estas organizaciones, en otros centros de China y en la profesión de enfermería del país. El capítulo presenta los temas del desarrollo "Champions", la transferencia de conocimientos, el alcance de los cambios en la práctica y el papel del liderazgo de los BPSO en el éxito de la implantación de las GBP. La integración de la medicina tradicional china y la enfermería tradicional china en el modelo BPSO es fundamental para su éxito y se destaca como un aspecto de la sostenibilidad dinamizadora.

El Capítulo 15, de Serna Restrepo, Esparza-Bohórquez, Abad Vasquez, Cortés, Granados Oliveros, Belmar Valdebenito, Mo y Grinspun, expone los enfoques singulares de la designación de los BPSO en América Latina, incorporando el uso de un Consorcio de los BPSO de rápido crecimiento, que trasciende las fronteras, y la participación en el programa NQuIRE, para contribuir a la mejora de la calidad y la sostenibilidad de los resultados. El consorcio ha fomentado una sólida visibilidad e identidad colectiva que reúne a los BPSO de la RNAO en el contexto cultural latinoamericano y ha dado como resultado niveles de apoyo estimulantes por parte de los autores de este capítulo a 20 nuevos BPSO que se han unido al movimiento en los últimos años. Este apoyo entre pares es evidente a través de la capacitación, la tutoría continua y el intercambio generoso de aprendizajes, incluyendo el hecho de que se organice una conferencia nacional anual que rota entre los distintos BPSO de estos países. El capítulo muestra los abordajes y logros de tres BPSO desde sus inicios con la selección de guías, sus estrategias de implantación, hasta los resultados en los resultados de los pacientes.

UNIDAD 5: EVALUAR LOS RESULTADOS, DEMOSTRAR SUS EFECTOS: EL TERCER PILAR PARA EL ÉXITO

El Capítulo 16, por Grdisa, Grinspun, Toor, Owusu, Naik, y Smith, traza la historia de los Indicadores de Calidad Enfermera para la Monitorización y la Evaluación (NQuIRE, por sus siglas en inglés), desde su etapa de concepción hasta el comienzo de la etapa inicial del proyecto como sistema de base de datos. El capítulo también destaca el estado actual de NQuIRE, preparado para producir informes comparativos y de evolución de los resultados de enfermería, y para ser una fuente de datos para los profesionales, los responsables de la gestión de la calidad y de la seguridad de los pacientes, los administradores, los investigadores y los responsables de la elaboración de las políticas de salud. Se proporcionan descripciones de la visión, el propósito y la infraestructura de NQuIRE. Se comparten y se vinculan ejemplos de indicadores de estructura, proceso y resultados para demostrar el impacto del uso de las GBP en todo el mundo. Las secciones principales hacen hincapié en el apoyo de NQuIRE a los BPSO, la capacitación, la garantía de la calidad de los datos tal y como se conceptualizan a través del Modelo de Calidad de Datos, y las direcciones futuras, incluida la difusión de los resultados obtenidos a través de NQuIRE en los Perfiles de Evidencia y en el Informe evolución de los resultados de enfermería.

El Capítulo 17, por Bonner, Hurley, Ho y Dabars, analiza el trabajo de la Federación Australiana de Enfermería y Obstetricia (ANMF por sus siglas en inglés) (sucursal de SA) en su papel como BPSOHost que apoya a cuatro BPSO Directos de varios lugares del sur de Australia. El capítulo describe el progreso de la designación como BPSO con las etapas iniciales de obtención de apoyo gubernamental, reclutamiento y selección de BPSO, capacitación, y el rol del país anfitrión en la provisión de apoyo a los BPSO. En este capítulo destaca la reflexión sobre la plena participación de la ANMF en NQuIRE y su relación con la obtención de resultados económicos. A este sentido, se subraya el rol de las recomendaciones de la GBP

de la RNAO y así como de los indicadores de estructura, proceso y resultados de NQuIRE, en la medida en que se vinculan con el análisis de costo-beneficio de la implantación de las GBP. La metodología y las herramientas usadas para demostrar el impacto de los BPSO para los clientes, proveedores, en presupuesto de las organizaciones de salud, son el enfoque principal de este capítulo.

UNIDAD 6: PRÓXIMAS ETAPAS: DE LA PRÁCTICA A LAS POLÍTICAS

El Capítulo 18, de Grinspun, Botros, Mulrooney, Mo, Sibbald y Penney, aborda el nexo entre la práctica basada en la evidencia y las políticas basadas en la evidencia, así como la forma de conectar una con la otra para lograr políticas públicas saludables. Comparte una historia más amplia sobre cómo una organización de enfermería profesional puede convertirse en una fuerza social transformadora y en un mecanismo eficaz de promoción de políticas que se respeta e influye en una jurisdicción clave—Ontario, la provincia más grande de Canadá—así como a nivel nacional e internacional. Describe cómo un grupo de enfermeras, que hace dos décadas eran en su mayoría espectadores y observaban el desarrollo de los procesos políticos, es ahora uno de los principales contribuyentes y elaboradores de políticas de salud. Esta historia de éxito tiene enseñanzas para las organizaciones de enfermería, en cualquier lugar, que quieran convertirse en organizaciones políticas y políticamente relevantes. Demuestra cómo se puede avanzar sobre la base del trabajo clínico y la experiencia de las enfermeras en el marco de las políticas y los contextos sociales que determinan la forma en que el trabajo de las enfermeras está permitido o restringido. El capítulo proporciona dos estudios de caso detallados sobre cómo el trabajo de las enfermeras basado en la evidencia influye en los resultados de salud de los pacientes y cómo se pueden aprovechar las evidencias y la intercesión para influir en los cambios en las políticas de los sistemas sanitarios que, en última instancia, retroalimentan a la práctica, así como en la mejora de la atención de la calidad de la atención y en el estado de salud de todas las personas.

UNIDAD

0

PREPARANDO EL ESCENARIO

1 TRANSFORMAR LA ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO: LOS FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y PROGRAMÁTICOS DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO 3

CAPÍTULO

1

TRANSFORMAR LA ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO: LOS FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y PROGRAMÁTICOS DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO

Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD (hon), Dr (hc), O.ONT

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Entender los fundamentos conceptuales y programáticos del programa de Guías de Buenas Prácticas (Guías) de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO).
- Definir el término *Guía de buenas prácticas* y subrayar sus beneficios.
- Describir dos dicotomías artificiales de la enfermería y cómo han influido en la profesión enfermera y en el programa de Guías de Buenas Prácticas.
- Identificar los tres pilares del programa de Guías de Buenas Prácticas y cómo se interrelacionan.
- Aprender los conceptos de *ampliación hacia arriba, ampliación hacia fuera y ampliación hacia dentro.*
- Discutir los factores que han sustentado el éxito del Programa de Guías de Buenas Prácticas.
- Explicar el concepto de *identidad colectiva* y la función que cumple para moldear y sostener culturas de práctica basada en la evidencia y la adopción de las Guías de Buenas Prácticas.

INTRODUCCIÓN

"A menos que progresemos en nuestra enfermería cada año, cada mes, cada semana, toma mi palabra que vamos hacia atrás."

–Florence Nightingale

Este capítulo contiene los fundamentos conceptuales y programáticos del programa de Guías de Buenas Prácticas (Guías) liderado por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO, por sus siglas en inglés), la mayor provincia de Canadá. Las Guías de Buenas Prácticas son "Declaraciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los profesionales y a las decisiones del cliente sobre la atención clínica adecuada para circunstancias específicas." (Field & Lohr, 1990, p. 8). Las Guías de RNAO se basan en la mejor evidencia posible e incluyen recomendaciones para enfermeras y demás profesionales sanitarios, gestores, formadores y legisladores para mejorar tanto los resultados clínicos como los del entorno laboral. Estas Guías ofrecen una evaluación de la calidad de la literatura científica relevante y una valoración de los posibles beneficios y daños de una intervención en particular. Esta información permite al profesional sanitario elegir la mejor atención para el paciente en función de sus preferencias. El programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO es integral y multifacético e incluye el desarrollo de las guías, el apoyo para la implantación, y un sistema internacional de datos para la evaluación de resultados.

El capítulo está organizado en cuatro secciones principales. La primera sección se ocupa de los fundamentos conceptuales del programa de Guías de Buenas Prácticas. Subraya un cambio paradigmático en la enfermería para disminuir las dicotomías innecesarias que han sido creadas artificialmente por nuestra profesión, como aquellas entre el cuidado frente a la curación, el trabajo emocional frente al trabajo cognitivo, y el cuidado frente a la competencia. En su lugar se ofrece una amplia conceptualización que abarca las dimensiones cognitiva, física y relacional de la práctica enfermera, todas igualmente importantes y que requieren competencia y experiencia. En esta sección, se explica por qué el enfoque en el conocimiento enfermero, definido así de forma amplia, es tan importante para los resultados del paciente, de la institución y del sistema de salud; así como el valor añadido que aporta un programa diseñado específicamente para desarrollar, difundir y apoyar a las enfermeras en el uso de conocimientos basados en la evidencia dentro de su práctica diaria. Esta sección también señala la responsabilidad dual,de las enfermeras individualmente y de sus entornos de trabajo,para ofrecer una atención segura y de calidad.

La segunda sección lleva la discusión de la teoría y los conceptos al trasfondo programático e institucional. Da cuenta de la historia a lo largo de las dos décadas del programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO, con atención a sus orígenes, objetivos, diseño y evolución, y atiende a la singularidad del programa, que contempla: 1) el desarrollo de guías; 2) la difusión, la implantación y la sostenibilidad; 3) la monitorización y la evaluación. Asimismo, expone la situación de la enfermería y el contexto más amplio en que se enmarca en Ontario (Canadá) para hacer posible este programa y su extraordinaria expansión local, nacional e internacional desde su inicio en 1998 hasta la fecha.

La tercera sección de este capítulo explora los factores que han logrado que el programa haya alcanzado el éxito del que goza hoy día y del cual se pueden extraer lecciones para otros. Los siete factores de interés son: localización, integralidad, solidez, resultados probados, accesibilidad, vanguardia e identidad colectiva.

Finalmente, en la última sección exploramos cuáles deben ser los siguientes pasos del programa de Guías de Buenas Prácticas RNAO, respondiendo a las necesidades locales y globales de la comunidad enfermera y de las personas a las que atendemos.

LA VISIÓN: UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ENFERMERÍA

Este libro y el programa de Guías de Buenas Prácticas que describe se centran en el conocimiento enfermero. En concreto, se da respuesta a las siguientes preguntas: ¿Por qué la práctica basada en la evidencia no es lo habitual en la atención sanitaria actual? ¿Por qué la práctica basada en la evidencia para realizar avances en los cuidados enfermeros? ¿Y cómo influye en los resultados del paciente, de la institución y del sistema sanitario? Los lectores pueden pensar que se da por sentado que la práctica de todos los profesionales sanitarios se basa en la mejor evidencia y pueden preguntarse por qué es necesario hacer todo este esfuerzo programático y este libro sobre conocimiento enfermero basado en la evidencia. La sencilla respuesta es que este no es el caso y, de hecho, la práctica, de acuerdo con las últimas investigaciones demuestra que se requiere un esfuerzo académico y profesional—a nivel individual e institucional—dedicado a que se logre una práctica diaria basada en la mejor evidencia disponible. El único objetivo del programa de Guías de Buenas Prácticas es ayudar a las enfermeras y a los demás profesionales sanitarios, así como a las instituciones y sistemas sanitarios en que trabajan, a avanzar en esta dirección. Para obtener una visión global del programa de Guías de Buenas Prácticas y de por qué es necesario, vamos a iniciar primero una discusión analítica de qué significa "el cuidado" en enfermería.

"El cuidado" es un concepto fundamental en la práctica de la enfermería. Aunque a primera vista parezca que su significado es obvio y que todo el mundo lo comparte, si nos detenemos más atentamente a examinarlo vemos que desaparece esa simplicidad y surgen varias preguntas. ¿El cuidado es un rasgo humano o una competencia? ¿El cuidado es intuitivo o es un conocimiento aprendido? ¿Se trata de un trabajo emocional y relacional o también es un trabajo cognitivo y físico? ¿Es el cuidado la responsabilidad moral de cada enfermera individual o una responsabilidad colectiva? Como veremos, aclarar estas preguntas y afinar nuestra comprensión de lo que es el cuidado enfermero son puntos importantes en este programa de RNAO centrado en el avance del conocimiento de enfermería.

Este capítulo se ocupa de estos y otros temas clave en enfermería que explican por qué RNAO, que es una asociación profesional de enfermeras profesionales, enfermeras especialistas y estudiantes de enfermería de Ontario (Canadá), ha decidido embarcarse en un programa a gran escala centrado en la práctica basada en la evidencia.

REFLEXIÓN

¿Hasta qué punto está integrada la práctica basada en la evidencia en la atención sanitaria? ¿Y en la enfermería? En su lugar de trabajo, ¿la práctica está basada en la evidencia? Si es así, ¿qué herramientas se utilizan? Si no es así, ¿por qué?

¿QUÉ ES EL CUIDADO?

La enfermería está firmemente arraigada en una ética de atención y cuidado. Considerados vitales para la enfermería, no es sorprendente que la atención y el cuidado sean conceptos fundamentales para muchas teorías de enfermería y para los estudios de enfermería (Benner, 1994; Bishop & Scudder, 1991; Boykin & Schoenhofer, 1993; Gadow, 1985; Leininger, 1980; Watson, 1985, 2005). También se percibe la enfermería como una "profesión de cuidados" de forma recurrente tanto por parte de la sociedad en general (Young-Mason, 1997) como por parte de los medios de comunicación (Picard, 2000) y de legisladores y analistas políticos (Decter, 2000).

Las definiciones del cuidado y la atención son variadas, por lo que los términos empleados han sido diversos: ideales morales (Gadow, 1985; Watson, 1999), actividades enriquecedoras (Leininger, 1978; Swanson, 1991), esenciales para la práctica de la enfermería (Weiss, 1988), una forma de práctica (Swanson, 1999), un rasgo humano (Griffin, 1983; Ray, 1989; Roach, 1987), un efecto (Forest, 1989) y una experiencia (Boykin & Schoenhofer, 1993).

El cuidado, como un concepto fundamental de la enfermería, ha sido criticado en ocasiones como "intervención de alcance limitado" que no ha beneficiado ni a enfermeras ni a pacientes (Buresh & Gordon, 2003; Gordon,

1997). Hay quien argumenta que se ha socializado tradicionalmente a las enfermeras para "actuar virtuosamente", enfatizando los actos compasivos por encima del conocimiento y la capacidad, lo que no ha hecho ningún favor ni a enfermeras ni a pacientes (Gordon, 2005; Nelson & Gordon, 2006). El estudio etnográfico de Grinspun (2010) sobre la construcción social del cuidado enfermero concluyó que esa idea de virtud refuerza patrones de comportamiento en detrimento de enfermeras y pacientes, lo que origina un discurso que enfatiza el apoyo emocional y minimiza el esfuerzo cognitivo, la competencia y la experiencia.

A continuación, se exponen dos dicotomías conceptuales que ayudan a explicar por qué RNAO se ha embarcado en el desarrollo de un programa de práctica basada en la evidencia.

LA DICOTOMÍA CUIDADO-COMPETENCIA

Halldórsdóttir (1997) señala que "la dicotomía artificial entre cuidado y competencia que ha surgido en parte del trabajo académico es de lo más desafortunada, dado que la enfermería es una ciencia práctica en la que la competencia es primaria, especialmente desde el punto de vista del paciente" (p. 105). La autora argumenta que el fomento de la enfermería como arte y como ciencia hace que la competencia y el cuidado sean elementos indispensables. Los pacientes a los que entrevistó señalaron sistemáticamente que la competencia es un componente clave en el cuidado profesional e indicaron que el cuidado sin competencia apenas tiene valor. Al mismo tiempo, la competencia profesional no significa un trato menos humano. Los entrevistados por Halldórsdóttir destacaron específicamente los aspectos humanos del cuidado enfermero: auténtica preocupación y respeto por el paciente, aceptación del paciente tal y como es y reconocimiento de su dolor y sufrimiento. Su mensaje central es que "los pacientes no ven el cuidado y la competencia como una dicotomía; más bien, los perciben como dos elementos que tienen que ir de la mano para ser de algún valor para el cuidado profesional" (Halldórsdóttir, 1997, p. 110). Las conclusiones de Calman (2006) son similares, pues muestran que los pacientes perciben el conocimiento y las habilidades técnicas como competencias mínimas necesarias, pero no suficientes por sí mismas. De forma similar, Liu, Mok y Wong (2006) indican que el cuidado enfermero, tal y como lo perciben pacientes con cáncer en China, debe abarcar conocimiento profesional cualificado, actitudes y habilidades en oncología y apoyo informativo, emocional y práctico de utilidad. Esta visión viene a ser respaldada por la tesis doctoral de Grinspun (2010), en la que una de las conclusiones centrales es que "el cuidado no es solo un proceso relacional o emocional, sino que también incluye un esfuerzo intelectual y físico" (p. 12).

El conocimiento como concepto fundamental en la enfermería constituye una expectativa implícita para los pacientes y, en ocasiones, para las propias enfermeras. De hecho, las investigaciones muestran que el público general y los pacientes asumen que las enfermeras siempre son competentes, e incluso si hubiera quien se lo cuestionase, no sería capaz de evaluar dicha competencia, especialmente en términos de conocimiento clínico y habilidades técnicas. Calman (2006) apunta que la mayoría de los pacientes dan por sentada la competencia técnica y clínica, asumiendo que son los hospitales quienes deben preocuparse por contratar a enfermeras competentes. Si así fuera, estaría abordando la prueba contradictoria de lo que los pacientes valoran. Calman (2006) señala que la literatura sobre este tema ha defendido tanto la competencia interpersonal como la competencia técnica. Su estudio indica que tanto las habilidades interpersonales como las técnicas son importantes como base de una práctica competente, pero que es posible que los pacientes no las destaquen por considerar que este es un tema de las enfermeras y no de los pacientes, y que se asume que siempre van a contar con dichas habilidades (Calman, 2006: p. 722).

Rechazar la dicotomía cuidado-competencia es un paso en la dirección correcta, pero hace necesario distinguir entre los conceptos de cuidado (definido estrictamente como afecto y cariño) y competencia (definida estrictamente como trabajo físico y cognitivo). Sin embargo, estas distinciones plantean diversos problemas. En primer lugar, suponen capacidades innatas de cuidado relacional. En segundo lugar, implican que el trabajo físico y cognitivo de las enfermeras no son formas de cuidado. Por lo tanto, para evitar esta dicotomía artificial es necesario conceptualizar dos dimensiones del trabajo de cuidados: 1) el cuidado abarca de forma general todos los ámbitos de la práctica y 2) la competencia es necesaria en todos los ámbitos de la práctica para ofrecer un cuidado efectivo.

REFLEXIÓN

¿Cómo ha experimentado usted la dicotomía competencia-cuidado en su formación y/o en su ejercicio de la enfermería?

En nuestro programa de Guías de Buenas Prácticas consideramos que todos los ámbitos de práctica enfermera, ya sean emocionales o clínicos, requieren competencia y que facilitar el acceso a la evidencia sirve para mejorar la competencia y la experiencia.

LA DICOTOMÍA CUIDADO-CURACIÓN

Otra dicotomía que resulta problemática, y que también ha sido creada artificialmente, es la del paradigma cuidado-curación. Moland (2006) argumenta que una definición estricta del cuidado sitúa a las enfermeras en una posición inferior a la de los médicos, quienes son los encargados de curar (rol basado en el conocimiento científico y en la experiencia técnica). Esta idea refleja mal la integridad moral del personal de enfermería, contribuye a su propia mala imagen como trabajadores con conocimientos y reduce las oportunidades de que los médicos los vean como tales (Moland, 2006).

Una dicotomía de cuidado-curación plantea importantes retos a las enfermeras que buscan igualdad en el lugar de trabajo, ya que asume que ciertos profesionales sanitarios se guían por el corazón y los sentimientos para confortar al paciente, en tanto que otros usan el intelecto para ocuparse de problemas clínicos. De acuerdo con esta imagen, una profesión se gana el cariño de los pacientes y la otra su respeto. Resulta desalentador encontrar interacciones en las que las enfermeras discuten situaciones clínicas con colegas médicos, presentándoles su experiencia en forma de sugerencias en vez de afirmaciones basadas en el conocimiento (Grinspun, 2010).

El programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO se plantea para facilitar el acceso a evidencia rigurosa de todos los ámbitos de la práctica enfermera, incluidos la promoción de la salud (por ej., prevención de la obesidad infantil), la prevención de enfermedades (p. ej., abandono del tabaquismo) y aspectos curativos del cuidado clínico en el que las enfermeras tienen un papel destacado (p. ej., cuidado de heridas en personas con diabetes).

REFLEXIÓN

¿Qué papel desempeñan las propias enfermeras a la hora de perpetuar o disipar las opiniones asociadas a la dicotomía cuidado-curación? ¿Cómo podemos ayudarnos unos a otros a estar más atentos para luchar contra esta dicotomía?

REDEFINICIÓN DEL CUIDADO COMO TRABAJO COGNITIVO, FÍSICO Y RELACIONAL

Las definiciones parciales del trabajo de prestación de cuidados de las enfermeras como una tarea fundamentalmente emocional y relacional, agravadas por jerarquías interprofesionales y estructuras institucionales que hasta la fecha veneran (o temen) a los médicos por encima de todas las demás profesiones de la salud, tienen consecuencias perjudiciales para los pacientes y el sistema de salud en su conjunto. La consecuencia más dañina (pero en ningún caso la única) es el silenciamiento del conocimiento de las enfermeras (Grinspun, 2010: p. 193). La tragedia y el sufrimiento humanos que se derivan de este silenciamiento son palpables y devastadores (Grinspun, 2010: p. 269); por ejemplo, como ocurrió en el juicio de un cirujano cardiaco pediátrico que fue considerado responsable de la muerte de doce niños en un hospital canadiense de Manitoba. Las transcripciones de las audiencias del proceso legal indican que los responsables del hospital describieron a las enfermeras como "emocionales" cuando expresaron repetidamente su preocupación por las malas prácticas clínicas y el excesivo número de muertes asociadas con dicho cirujano. Los investigadores concluyeron que las experiencias y las observaciones del personal de enfermería a lo largo de 1994 les llevaron a expresar preocupaciones serias y legítimas que, sin embargo, fueron ignoradas (Manitoba Health, 2001; Sinclair, 2001).

De hecho, el conocimiento de las enfermeras y su capacidad para contribuir con su conocimiento al avance de la excelencia en la atención clínica están fuertemente influidos por el estatus y el poder (Grinspun, 2007, 2010). La deslegitimación de los conocimientos de enfermería como "intuición" es un ejemplo de ello. A menudo se

puede escuchar a las enfermeras describir un "presentimiento", una "corazonada" o una "intuición", cuando de lo que en realidad están hablando es de un sofisticado proceso de cognición rápida. La cognición rápida es "el conocimiento experto que permite a las enfermeras comprender patrones en múltiples pacientes y escenarios clínicos y aplicarlos correctamente a nuevas situaciones clínicas. La cognición rápida requiere conocimiento clínico avanzado, reconocimiento de patrones y conocimiento específico del paciente obtenido a través de la continuidad de la relación" (Grinspun, 2010, p. 178). Al calificar un proceso cognitivo tan sofisticado como "intuición", se menosprecia el conocimiento enfermero y se perjudica a los pacientes, quienes pueden dejar de recibir todo el valor de este conocimiento.

REFLEXIÓN

¿Por qué es importante para enfermeras y pacientes que veamos el cuidado desde una perspectiva de trabajo cognitivo, físico y relacional en lugar de una respuesta principalmente emocional?

El programa de Guías de Buenas Prácticas potencia una conceptualización de la práctica asistencial enfermera que conjuga el cuidado cognitivo (p. ej., conocimientos clínicos, planificación de los cuidados), cuidado físico (p. ej., aseo y baño) y cuidado relacional (p. ej., comunicación, presencia, compasión). Así, las Guías de Buenas Prácticas apoyan la excelencia en los cuidados de enfermería y sirven también como altavoz para que las enfermeras hablen sobre su práctica.

EL CUIDADO: UNA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

El trabajo de las enfermeras con los pacientes, en todos sus ámbitos, tiene lugar en el contexto de una organización social de un determinado lugar de trabajo, ya sea en clínicas de atención primaria, en unidades hospitalarias, en domicilios, en centros de larga estancia o en cualquier otro lugar en el que trabaje una enfermera. Por tanto, comprender el entorno de trabajo de las enfermeras y moldearlo de forma que estimule el buen trabajo enfermero es fundamental para lograr buenos servicios de enfermería que optimicen los resultados a pacientes.

Entender la labor asistencial de las enfermeras como un proceso de trabajo que, como cualquier otro servicio humano, ha sido construido histórica y socialmente bajo unas condiciones, valores y relaciones de poder específicos es fundamental para que las enfermeras puedan ofrecer unos servicios seguros y de calidad (Grinspun, 2010). Por ejemplo, se ha escrito mucho sobre el impacto negativo que tiene la reducción del número de enfermeras en atención hospitalaria sobre los resultados en la salud del paciente (Aiken et al., 2001; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Aiken et al., 2016; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002; Needleman, Buerhaus, Stewart, Zelevinsky, & Mattke, 2006; RNAO, 2017a). A pesar de esto, se sigue reemplazando a las enfermeras profesionales por personal menos cualificado tanto en Canadá como en otros lugares. Otros han escrito sobre el impacto de los modelos organizativos de prestación de cuidados, argumentando que se prefieren los modelos que promueven la continuidad de la atención y que evitan la fragmentación de la atención, como es el caso de la enfermería de atención primaria (Grinspun, 2010; Meyer, Wang, Li, Thomson, & O'Brien-Pallas, 2009; RNAO, 2006). No obstante, dichos modelos se contradicen con las recomendaciones formuladas por consultores externos en materia de costes, que a menudo promueven modelos organizativos en los que no se emplea una plantilla íntegramente conformada por enfermeras tituladas, sino que se sugiere una combinación de habilidades con una mayor proporción de personal menos cualificado y donde las enfermeras se ocupan principalmente de las tareas de coordinación (Cummings, 2006; Urden & Walston, 2001).

Esta perspectiva, que enfatiza el contexto y la importancia de las relaciones sociales en el lugar de trabajo, asume que la puesta en marcha de prácticas asistenciales (ya sean de tipo emocional, físico o cognitivo) es una responsabilidad colectiva que implica importantes procesos de trabajo que pueden fomentar u obstaculizar la atención óptima. Comprender los procesos de trabajo de la labor enfermera nos ayuda a abordar los factores

sistémicos y estructurales que facilitan o dificultan su tarea. De hecho, "el trabajo asistencial de las enfermeras se construye socialmente en el contexto de su cotidianeidad en su vida privada y laboral, y en él influyen diversas realidades culturales, sociopolíticas y económicas" (Grinspun, 2010, p. 11).

REFLEXIÓN

¿Cómo influyen los contextos institucionales y las relaciones de poder en la práctica de las enfermeras? ¿Ha percibido estas influencias en su trabajo y/o formación?

Por ello, cada guía recoge tres áreas principales de recomendaciones de buenas prácticas: 1) recomendaciones para la práctica, o lo que las enfermeras deben hacer para optimizar los resultados del paciente; 2) recomendaciones para la formación, o lo que las enfermeras deben saber para ofrecer una atención enfermera óptima; 3) recomendaciones para la organización y las directrices, o qué deben hacer las instituciones para optimizar la adopción del conocimiento y la capacidad de poner en práctica dicho conocimiento en el trabajo diario. RNAO ha reconocido la crucial importancia del entorno laboral al ofrecer además de las Guías de Buenas Prácticas clínicas, también Guías de Buenas Prácticas para el entorno laboral. De esta manera, el Capítulo 2 se centra en las guías clínicas y el Capítulo 3 se ocupa de las Guías de Buenas Prácticas para el entorno laboral.

Partiendo de los fundamentos conceptuales del programa de Guías de Buenas Prácticas, pasamos ahora al contexto que hizo posible y facilitó su evolución.

ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO

Entre 1996 y 1997 hubo alteraciones generalizadas en el sistema hospitalario de Ontario como resultado de la reestructuración y del despido de enfermeras. RNAO adoptó un papel de liderazgo durante este difícil periodo, lo que condujo a una colaboración positiva con el gobierno. En 1997, el Gobierno de Ontario aprobó la ley *Expanded Nursing Services for Patients Act* (Ley de servicios de enfermería ampliados para pacientes). En marzo de 1998, tras el informe de RNAO *Putting Out the Healthcare Fire* (RNAO, 1998) y diversas reuniones con el Premier de Ontario y con la Ministro de Salud, el gobierno anunció en la Reunión General Anual de RNAO en abril de 1998 el establecimiento de la *Ontario Nursing Task Force* (Comisión de trabajo de cuidados enfermeros de Ontario) para mejorar la calidad de los cuidados al paciente mediante el uso eficaz de los recursos enfermeros (RNAO, 2013). Su informe de 1999, *Good Nursing, Good Health: An Investment for the 21st Century*, recomendaba distintas estrategias diseñadas para ayudar a Ontario a retener y atraer enfermeras, mejorar sus condiciones de trabajo y garantizar que las enfermeras tuviesen las habilidades y los conocimientos necesarios para ofrecer cuidados en un entorno cada vez más complejo (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care—Nursing Task Force, 1999). Una de las recomendaciones del informe era la de establecer modelos clínicos en entornos de práctica para que las enfermeras adquiriesen experiencia en diversas áreas clínicas y se les reconociesen estas nuevas habilidades. RNAO aprovechó esta recomendación y presentó una propuesta para financiar un programa sobre guías basadas en la evidencia.

ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERAS DE ONTARIO (CANADÁ)

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO,) es la asociación profesional que representa a enfermeras registradas, enfermeras especialistas y estudiantes de enfermería en Ontario. Desde 1925, RNAO ha abogado por una política pública saludable, ha promovido la excelencia en la práctica de la enfermería, ha aumentado la contribución de las enfermeras a moldear el sistema de salud y ha influido en las decisiones que afectan a las enfermeras y al público al que atienden.

Las pautas estratégicas de RNAO son:

- Comprometerse con enfermeras registradas, enfermeras especialistas y estudiantes de enfermería para estimular su afiliación.
- Influir en las políticas públicas que fortalecen a Medicare (el sistema de salud universal de Canadá, de financiación y gestión públicas) e impactan en los determinantes de la salud.
- Impulsar el papel y la imagen de las enfermeras como miembros de una profesión fundamental basada en el conocimiento y el cuidado, y como contribuyentes significativas a la salud.
- Pronunciarse sobre temas emergentes que afectan a las enfermeras y a la profesión de enfermería, la salud y los servicios de salud (RNAO, s.f.-a).

RNAO contaba con la capacidad y la experiencia para liderar esta iniciativa en nombre de la comunidad enfermera. Habíamos adquirido experiencia en la creación de guías de enfermería basadas en la mejor evidencia disponible (Grinspun, Librado, & Góngora, 2005). RNAO también contaba con las redes sociales y profesionales necesarias para difundir las guías en Ontario y Canadá. La propuesta inicial de RNAO recomendaba desarrollar las guías en áreas donde la enfermería tuviera un impacto en la salud y en los resultados clínicos, de modo que pudieran beneficiar a un número significativo de personas. Le recordamos al gobierno que, encuesta tras encuesta, se constata que el público canadiense considera la enfermería como la más fiable de todas las profesiones y que las Guías de Buenas Prácticas son una herramienta crítica para apoyar a las enfermeras en su práctica diaria. De hecho, las guías sirven para aumentar la profunda confianza del público en las enfermeras, ya que refuerzan los conocimientos clínicos e institucionales de las enfermeras. En 1998, Elizabeth Witmer, Ministra de Salud de Ontario, vio el potencial de las Guías de Buenas Prácticas y en 1999 asignó una financiación plurianual a RNAO para crear un programa dedicado al desarrollo y la implantación de las mismas.

PROPÓSITOS, METAS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE GUÍAS

El programa de Guías de Buenas Prácticas (BPG Program) fue lanzado oficialmente en 1999 por RNAO en colaboración con el Ministerio de Salud de Ontario (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, MOHLTC). El propósito del programa desde su inicio ha sido dar apoyo a las enfermeras de Ontario (enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras de especialidad), proporcionándoles las Guías de Buenas Prácticas para el cuidado del paciente. Pensamos que así se podrían mejorar las oportunidades de las enfermeras para hacer valer su competencia y experiencia clínica y relacional en base a la evidencia más relevante. Esta capacidad incentivada inspiraría la acción individual de cada enfermera y estudiante de enfermería, se extendería a los niveles colectivos de las instituciones académicas y de servicios e influiría en el amplio espectro de la política sanitaria. Así, las enfermeras optimizarían su contribución a los resultados de pacientes, instituciones y del propio sistema de salud.

Las metas del programa son:

- Mejorar la coherencia y la calidad de la atención enfermera en toda la provincia de Ontario.

- Mejorar el acceso a servicios de enfermería de calidad.
- Difundir los recursos lo más ampliamente posible para maximizar los beneficios a pacientes, enfermeras y del sistema sanitario.

Los objetivos del programa son:

- Desarrollar, implantar y evaluar tres Guías de Buenas Prácticas cada año.
- Examinar y revisar las Guías de Buenas Prácticas cada 5 años.
- Desarrollar e implantar mecanismos de difusión e implantación efectivos para garantizar la adopción y la sostenibilidad de las Guías de Buenas Prácticas.
- Evaluar los procesos de desarrollo, difusión e implantación, así como los resultados asociados a las Guías de Buenas Prácticas.

PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS: DISEÑO Y EVOLUCIÓN INTENCIONADA

Desde el principio nos dimos cuenta de que el enfoque tradicional de planificación estricta, y a menudo de arriba hacia abajo, utilizado por los gestores sanitarios no produciría el tipo de compromiso social que se necesita para ofrecer un cambio sustancial y sostenido a nivel clínico, organizativo y del sistema sanitario a través del programa de Guías de Buenas Prácticas. Nuestro planteamiento tenía que ser multifacético e incluir procesos que atrajeran a las enfermeras para suscitar su compromiso personal y movilizar su energía de forma que se convirtieran en motores del cambio. En la misma línea que el enfoque general de RNAO para trabajar con nuestros miembros, el programa de Guías de Buenas Prácticas emula un movimiento social de base, que crea y brinda los cambios propuestos por las guías clínicas. El objetivo final de este movimiento ha sido, por su diseño, claro y coherente: impulsar la práctica basada en la evidencia y mejorar los resultados de pacientes, de la organización y del sistema sanitario. Un segundo objetivo, que no hemos tratado de rehuir, es darle protagonismo a la enfermería y a las enfermeras como profesionales del conocimiento que contribuyen de manera determinante a la consecución de unos buenos resultados en salud.

Un aspecto importante del programa de Guías ha sido su evolución intencionada, tanto como programa integral como en cada uno de sus componentes. Por evolución intencionada se entiende que tomamos decisiones conscientes y deliberadas sobre la ralentización o la aceleración del crecimiento y la expansión. De esta manera, decidimos desde el principio que las necesidades de campo y la disposición de RNAO impulsarían el crecimiento y la evolución del programa. Esta evolución orientada a un fin nos permite garantizar que el programa sea dinámico y permanente y que responda a las necesidades del sistema de salud, los pacientes y las enfermeras. Además, también nos ha permitido hacer que el programa evolucione y se extienda más allá de los límites de la provincia de Ontario, abarcando la sociedad del resto de Canadá y la de todo el mundo, algo que no imaginamos en 1999. En este punto, somos plenamente conscientes de las oportunidades que ofrece la expansión internacional del programa, así como de los potenciales retos que este crecimiento conlleva. Los resultados positivos de este planteamiento de evolución intencionada (por diseño), discutidos en detalle en el Capítulo 12, son evidentes y también se pueden observar en los demás capítulos de este libro. La Figura 1.1 muestra el modelo del programa de Guías de Buenas Prácticas con sus tres pilares.

REFLEXIÓN

¿Cuáles son las ventajas de que los pilares de desarrollo, implantación y evaluación de las guías sean parte del mismo programa? ¿Señalaría alguna desventaja? Si es así, ¿cómo podría superarse?

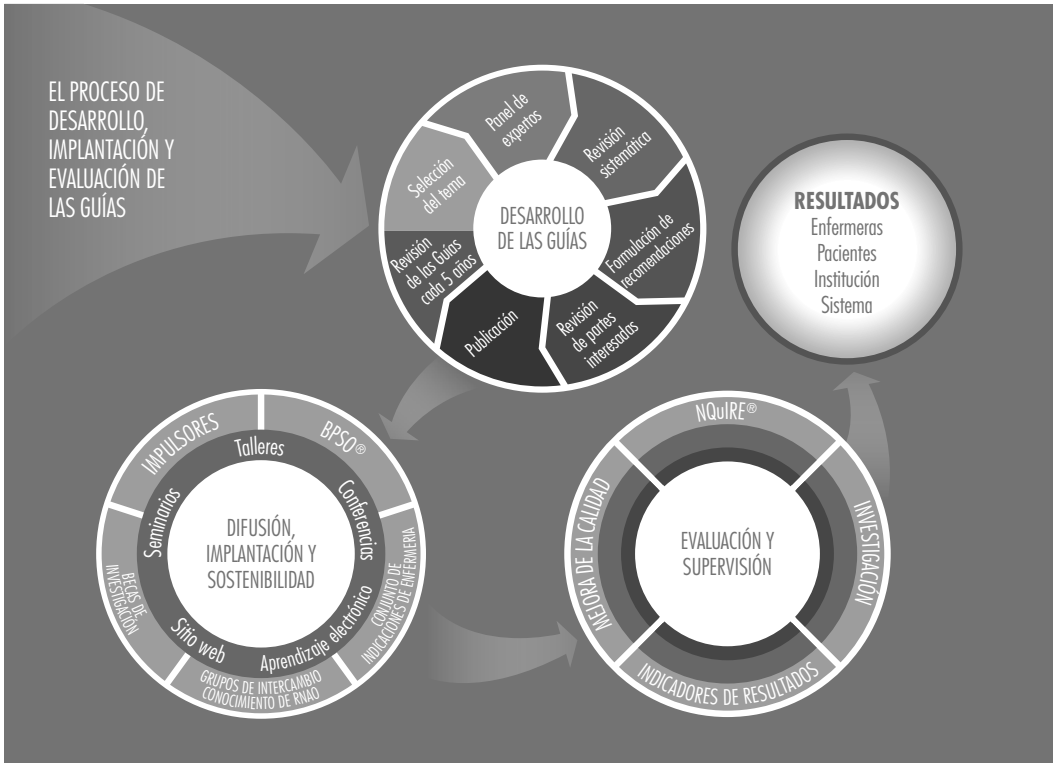


FIGURA 1.1 Modelo del programa de Guías de Buenas Prácticas.
© Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Todos los derechos reservados. Utilizado con permiso.

ASPECTOS CLAVE DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

Este apartado se ocupa de los aspectos clave del programa, mientras que en posteriores capítulos del libro se ofrecerá una descripción detallada de cada componente.

DESARROLLO DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

Las primeras cuatro Guías de Buenas Prácticas se desarrollaron a finales del año 2000, se hicieron ensayos en 2001 y se lanzaron y publicaron en 2002 (Scarrow, 2008). En 2003, decidimos que, además de las guías basadas en la evidencia que mejoran la práctica clínica de las enfermeras, existía una necesidad urgente de disponer de guías basadas en la evidencia para enriquecer los entornos laborales. Para 2003 RNAO ya había publicado 17 guías clínicas y una "herramienta" basada en la evidencia para que las instituciones implantasen las guías (JPNC Implementation Monitoring Subcommittee, 2003). El ritmo del progreso siguió acelerando en respuesta a la demanda del trabajo de campo. Ya en 2008 se habían desarrollado y se estaban usando 31 guías clínicas y 6 Guías de Buenas Prácticas para entornos laborales en Ontario y en todo Canadá (Scarrow, 2008).

Para velar por la vigencia de la evidencia, empezamos a reducir la producción de nuevas guías para desarrollar la nueva generación de las ya existentes. En 2017, el programa de Guías contaba con 41 guías clínicas y 12 Guías de Buenas Prácticas para entornos laborales saludables (p. ej., prevención de la violencia en el lugar de trabajo) y/o guías del sistema sanitario (p. ej., transiciones entre diferentes niveles de atención). El compromiso inalterable de RNAO para mantener un riguroso ciclo de revisión de las guías ha originado una relación sólida y de confianza entre RNAO y los usuarios y las entidades de financiación de las guías. El tema central del Capítulo 2 es el desarrollo de nuestras Guías de Buenas Prácticas clínicas.

DIFUSIÓN, IMPLANTACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

Los planes de RNAO marcados desde el principio del proyecto incluían una amplia difusión de las guías basadas en la evidencia y un apoyo activo para su implantación. La implantación funciona en tres niveles de forma única y/o colectiva: el nivel micro para las enfermeras individuales, el nivel meso para instituciones académicas y de servicios, y el nivel macro para el sistema sanitario. El objetivo es garantizar la implantación efectiva, sostenible y escalable de las Guías de Buenas Prácticas tanto a nivel clínico como de gestión. Actualmente, RNAO lidera lo que es probablemente el programa de implantación de práctica basada en la evidencia más sólido y extenso, dirigido a enfermeras de todo el mundo y que constituye uno de los programas más fuertes en el ámbito de la salud. Todo ello es resultado de un planteamiento entusiasta y comprometido a la implantación científica en conjunción con una atención constante para aprender y dar respuesta a las diversas necesidades sobre la materia. El programa de Guías de Buenas Prácticas ha evolucionado a lo largo del tiempo, tanto en profundidad como en amplitud de conocimiento, y también ha desarrollado su capacidad para movilizar el conocimiento basado en la evidencia.

El trabajo de Moore, Riddell y Vocisano (2015) discute la expansión de un programa de emprendimiento social de tres maneras: 1) ampliación hacia arriba, o mediante la ampliación de la cobertura; 2) ampliación hacia fuera, o mediante la adaptación de políticas, leyes y directrices; 3) ampliación hacia dentro, o mediante el cambio de normas y cultura. Argumentan que para maximizar los beneficios de la implantación, los tres aspectos son importantes. Si adaptamos estos conceptos al programa de RNAO, trasladamos la ampliación hacia arriba cuando se difunden las guías ampliamente dentro de una institución; se amplían hacia fuera cuando se trasladan a otras instituciones o hacia todo el sistema de salud; y se amplían hacia dentro cuando se consigue su adopción y sostenibilidad y se logra crear una cultura basada en la evidencia. La ampliación hacia dentro puede producirse en el seno de una institución o trasversalmente en todo el sistema sanitario, especialmente mediante un impacto en las políticas. Usamos estos conceptos para describir brevemente la evolución de la implantación de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO.



¿Cómo ha influido el estatus de RNAO como asociación profesional en la difusión de las guías?

AMPLIACIÓN HACIA ARRIBA: DIFUSIÓN Y ADOPCIÓN

El foco de la ampliación hacia arriba se centra en la amplia difusión y adopción de las Guías dentro de una institución. Nuestra primera iniciativa de difusión fue el desarrollo del proyecto *Champions* (impulsores). En 2002 empezamos a formar a enfermeras individuales como impulsoras de las Guías de Buenas Prácticas para facilitar la asimilación de las guías en sus lugares de trabajo y en 2003 ya contábamos con 278 impulsores en todos los sectores del sistema sanitario de Ontario (JPNC Implementation Monitoring Subcommittee, 2003). Al principio, todos los impulsores eran enfermeras de atención directa; sin embargo, con los años esta función ha evolucionado hasta incluir a todo tipo de enfermeras y demás profesionales sanitarios de toda índole. Desde el principio y hasta el día de hoy, se trata de individuos seleccionados por las propias instituciones (en muchos casos elegidos por sus colegas) y/o que se han prestado voluntariamente para desempeñar esta labor. Este planteamiento de abajo a arriba ayuda a asegurar su sostenibilidad, además, a los impulsores les apasiona la práctica basada en la evidencia y la mejora de la atención y la salud de las personas. Trabajan para concienciar acerca de las Guías de Buenas Prácticas, ayudan a comprenderlas y contribuyen a su adopción entre los compañeros del trabajo. En 2002, tras haber formado ya a cientos de impulsores, lanzamos la *Champions Network*, una red de impulsores para fomentar el compromiso activo y el intercambio de conocimientos entre los propios impulsores y entre ellos y RNAO.

Ahora, a través de este programa, más de 50.000 impulsores voluntarios tienen acceso a herramientas y estrategias como talleres presenciales, teleconferencias, seminarios web y módulos en línea. Los detalles de este programa se tratan en el Capítulo 4. El programa se ha ampliado para incluir Certified BPSO Orientation Trainers (formadores de formación de BPSO certificados) y Certified BPSO Auditors (auditores de BPSO certificados). Estos nuevos roles se discuten en el Capítulo 12.

El siguiente desarrollo del programa de Guías de Buenas Prácticas fue la creación de los CCEC, los Centros Comprometidos con la Excelencia en los Cuidados (Best Practice Spotlight Organizations en adelante BPSO, por sus siglas en inglés) para dar soporte a las instituciones sanitarias en la implantación sistemática de las guías y que se presentaron por primera vez en 2003 en Ontario. Trabajamos con las primeras siete instituciones sanitarias para crear conjuntamente un enfoque estructurado para que las instituciones utilizasen las Guías de Buenas Prácticas y evaluasen su impacto (RNAO, 2004). La designación de una institución como centro BPSO implica entrar en un proceso competitivo de solicitud y queda reservado para instituciones académicas y de atención sanitaria seleccionadas para suscribir un acuerdo formal de 3 años para la implantación de múltiples Guías de Buenas Prácticas. Estos criterios también han evolucionado según un fin predeterminado, por ejemplo, como requisito de solicitud de propuestas para las tres primeras cohortes de centros BPSO en Ontario se exigió poner en práctica un mínimo de tres Guías de Buenas Prácticas clínicas de su elección. El requisito de solicitud de propuestas para las cohortes cuarta y quinta fue implantar un mínimo de cinco guías de su elección. A partir de la sexta cohorte (la actual en el momento de la redacción de este libro), la solicitud de propuestas estipula dos Guías de Buenas Prácticas de su elección y tres guías comunes a su sector sanitario (salud pública, atención primaria, atención hospitalaria, atención domiciliaria, residencias de la tercera edad, etc.). Actualmente existen 550 Centros Comprometidos con la Excelencia en los Cuidados (BPSO® en su siglas inglesas) en todo el mundo, como ilustra la Figura 1.2 sobre la red de BPSO mundial; este enfoque permite obtener datos fiables para la evaluación y la comparación de resultados en organizaciones similares. Los BPSO tienen la opción de renovar su acuerdo después de completar satisfactoriamente su primer acuerdo de 3 años. Cada renovación es por 2 años adicionales durante los cuales se comprometen a la difusión continua de las guías existentes, la adopción de dos nuevas guías y la evaluación de su impacto en los resultados.



FIGURA 1.2 Mapa de la red de centros BPSO mundial

© Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Todos los derechos reservados. Utilizado con autorización.

MODELOS DE BPSO

La designación de una organización como Centro Comprometido con la Excelencia en los Cuidados (BPSO) ofrece la oportunidad a las instituciones académicas y de atención sanitaria de asociarse formalmente con RNAO durante un periodo de 3 años y, pasado ese tiempo, la asociación se puede renovar de forma bienal. El objeto de dicha asociación es el de crear una cultura basada en la evidencia mediante la implantación sistemática de la evaluación de los resultados de múltiples Guías de Buenas Prácticas de RNAO.

Hay dos modelos de BPSO para aquellas instituciones académicas y de atención sanitaria que se planteen solicitar la acreditación como centro BPSO:

- El *BPSO Direct Model* (Modelo de centro BPSO Directo) es el más adecuado para organizaciones individuales que deseen solicitar a RNAO la suscripción de un acuerdo de tres años. Estas organizaciones trabajan directamente con RNAO para cumplir con los requisitos de acreditación como centro BPSO. En Ontario, las instituciones sanitarias que forman parte de este programa son centros BPSO Directos.
- El *BPSO Host Model* (Modelo de centro BPSO Coordinador) es el más apropiado para organizaciones con capacidad para ejecutar, en nombre de RNAO, el programa completo de acreditación como BPSO para un grupo de instituciones sanitarias y /o académicas en un país, una región o una comunidad. En este modelo, el centro BPSO Coordinador suscribe un acuerdo formal con RNAO para ofrecer y supervisar la acreditación como BPSO de RNAO en el país o la región en que se localiza. El BPSO Coordinador se responsabiliza de seleccionar a los centros BPSO Directos, ofrecer orientación, formación y apoyo, supervisar el progreso y evaluar los resultados. El centro BPSO Coordinador presenta informes periódicos a RNAO y actúa como enlace entre RNAO y los BPSO en el país, la región o la comunidad en cuestión, garantizando la plena coherencia y el despliegue sistemático de todos los aspectos del programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO, incluidos: la implantación de las guías, la evaluación, la sostenibilidad, la ampliación hacia arriba y la ampliación hacia fuera.

RNAO apoya a los centros BPSO Coordinadores y a los centros BPSO Directos fuera de Ontario con materiales, metodología y tutoría continua sin coste alguno. A su vez, los centros BPSO no reciben financiación de RNAO y deben obtener los recursos necesarios para gestionar plenamente la calificación obtenida.

En 2010, el programa de Guías de Buenas Prácticas abrió sus puertas a nivel internacional cuando el gobierno de España se acercó a RNAO y fue el primero en colaborar con la traducción de las guías al español y posteriormente en apoyar la creación de una red de centros BPSO en ese país. Esto supuso una gran oportunidad, ya que España es un país con más de 46 millones de personas y 164.385 enfermeras (en 2015). La traducción de las Guías al español ha sido fundamental para permitir el acceso a las Guías de Buenas Prácticas de RNAO a millones de enfermeras y demás profesionales sanitarios de habla hispana en todo el mundo. También nos llevó a vislumbrar un modelo que permitiría la expansión y la sostenibilidad de la acreditación de centros BPSO en nuestro país y en el extranjero; de esta manera nació el concepto de Centro BPSO Coordinador, que coordina una red de centros BPSO. En los Capítulos 12 y 13 se abordan estos importantes acontecimientos y sus resultados hasta la fecha.

La expansión nacional e internacional fue un salto importante en el programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO y los resultados son impresionantes. En 2014, RNAO tenía 370 centros BPSO en Ontario, Quebec, Nueva Escocia y fuera de Canadá; hoy tenemos 550. El Capítulo 6 detalla el trabajo de los centros BPSO. Nos planteamos los BPSO como laboratorios vivos que nos permitirían demostrar cómo la atención enfermera, que se basa en la evidencia contenida en las guías de RNAO, mejora tanto la salud de los pacientes como los resultados de las instituciones y del sistema sanitario. Los Capítulos 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15 y 17 abordan las experiencias de los centros BPSO en sus propias palabras y muestran una visión que ahora ya forma parte de la realidad en la que viven.

Los centros BPSO se han revelado como un poderoso mecanismo para la difusión y el mantenimiento de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO al propiciar un sentido de identidad colectiva entre sus participantes, concepto al que volveremos más adelante en este mismo capítulo. También han alimentado una cultura de práctica basada en la evidencia en el seno de las instituciones sanitarias (Bajnok, Grinspun, Lloyd, & McConnell, 2015; Grinspun, 2011), y su éxito ha sido reconocido tanto en Canadá (Health Council of Canada, 2012) como internacionalmente (WHO, 2015).

REFLEXIÓN

¿De qué manera un lenguaje enfermero común, derivado del uso de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO, da forma a la profesión y al impacto que tiene en todo el mundo?

AMPLIACIÓN HACIA FUERA A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL

El programa también ha evolucionado en alcance y muchos de los programas que han surgido en Ontario se han ampliado a nivel nacional e internacional. Por ejemplo, en reconocimiento de la experiencia de RNAO, el Canadian Patient Safety Institute (Instituto Canadiense por la Seguridad del Paciente, en adelante CPSI, por sus siglas en inglés) recurrió a RNAO para que actuase como agencia líder nacional en la prevención de caídas y desarrollase un recurso sobre conceptos básicos sobre la prevención de caídas (*Falls Prevention/Injury Reduction Getting Started Kit*). En los últimos 10 años, a partir de la gran popularidad de las Guías de Buenas Prácticas sobre caídas que se emplean de forma generalizada en todos los sectores, RNAO se ha asociado con el CPSI en distintos programas de seguridad y salud (*Safer Healthcare Now!)* que incluyen: National Collaborative for the Prevention of Falls in Long-Term Care (2008–2009), Falls Virtual Collaborative (2010–2011), y Falls Facilitated Learning Series (2011–2012). Asimismo, ha desarrollado un recurso sumamente útil sobre la sostenibilidad de los programas de prevención de caídas. Además, RNAO ha celebrado, junto con el CPSI, todas estas actividades nacionales, aprovechando lo aprendido del programa de buenas prácticas de cuidados de larga duración iniciado en Ontario en 2005, que ha mejorado la calidad de la atención a los residentes y ha facilitado una cultura de práctica basada en la evidencia entre el personal de atención directa a través de la implantación de las guías en centros de larga estancia. El Capítulo 10 detalla distintas iniciativas de difusión, como el trabajo líder sobre caídas de RNAO con el CPSI, aprovechando la guía de RNAO sobre este tema. En el Capítulo 11 se presenta en su totalidad el programa de buenas prácticas de cuidados de larga duración y se describen tanto los factores clave para su éxito como las ideas más eficaces para su difusión.

APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS

El programa de Guías de Buenas Prácticas ha reconocido desde el principio el valor de las herramientas tecnológicas como apoyo para la práctica enfermera. Fue el primero de este tipo de programas que creó "conjuntos de normas enfermeras" basados en la evidencia y extraídos de las recomendaciones prácticas de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO y también desarrolló un conjunto de herramientas electrónicas: el *eHealth Toolkit* (RNAO, 2009). Más recientemente, se publicó la guía sobre soluciones de salud tecnológicas *Adopting eHealth Solutions: Implementation Strategies* (RNAO, 2017b) con la financiación de Canada Health Infoway, una organización independiente, sin ánimo de lucro y de financiación federal encargada de acelerar la adopción de soluciones sanitarias digitales en todo Canadá (Punch, 2017). Estas herramientas, detalladas en el Capítulo 5, están diseñadas para facilitar la traducción de la evidencia a la práctica de enfermería mediante el uso de la tecnología.

A través de estas innovaciones en eHealth (en adelante, eSalud), y en especial los conjuntos de normas enfermeras, RNAO ha obtenido la acreditación como Centro de investigación y desarrollo bajo la Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera (en adelante ICNP, por sus siglas en inglés) (International Council of Nurses, 2013), siendo uno de los únicos 15 centros que existen en todo el mundo y el primero en Norteamérica. La acreditación reconoce la contribución continuada de RNAO al programa de eSalud del International Council of Nurses (Consejo Internacional de Enfermeras) mediante el desarrollo de los códigos de la ICPN derivados de los conjuntos de normas enfermeras de RNAO y las medidas de resultado de las Guías de Buenas Prácticas.

Los conjuntos de normas enfermeras de RNAO son intervenciones basadas en la evidencia y recursos de apoyo a las decisiones clínicas que han sido extraídos de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO (RNAO, s.f.-b). Permiten integrar la mejor evidencia disponible en la práctica diaria usando la tecnología para facilitar el acceso al punto de atención. Los conjuntos de normas enfermeras permiten la evaluación de la implantación de las guías al ofrecer un mecanismo para vincular intervenciones específicas con los correspondientes indicadores basados en la evidencia. Las indicaciones de cada intervención van en consonancia con el lenguaje de la terminología de la ICNP para favorecer la recopilación y el intercambio estandarizados de información enfermera en todo el mundo.

Otro ejemplo de la capacidad inspiradora de las guías es la Iniciativa pancanadiense de Guías de Buenas Prácticas sobre prevención del maltrato y la negligencia en personas mayores *(Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults)*, centrada en reconocer, manejar y prevenir el maltrato y la negligencia en personas mayores en distintas instituciones sanitarias y entornos comunitarios de Canadá. Financiado por el Gobierno de Canadá, el programa para personas mayores New Horizons incluye el desarrollo por parte de RNAO de una Guía de buenas prácticas, así como una estrategia de difusión, implantación y evaluación, herramientas de práctica, un programa de aprendizaje electrónico y diversos recursos en un lenguaje sencillo para el público general. La iniciativa se basa en el éxito de un proyecto colaborativo entre RNAO y la Canadian Nurses Association (CNA, Asociación de Enfermeras de Canadá), también financiada por el gobierno federal, que lanzó la creación de los PEACE, centros de excelencia para la prevención del maltrato de las personas mayores (Prevention of Elder Abuse Centres of Excellence) en 2010 en 10 centros de larga estancia en diversos puntos del país.

REFLEXIÓN

¿Qué impacto ha tenido la integración de la práctica basada en la evidencia y la tecnología en los recursos de implantación de cara a su asimilación?

De manera similar, la iniciativa para dejar de fumar de las Guías de Buenas Prácticas (Nursing Best Practice Smoking Cessation Initiative) comenzó en Ontario y luego se extendió por todo el país en asociación con la Canadian Nurses Association y con fondos del Ministerio de Salud de Canadá (Health Canada). Esta iniciativa aborda la principal causa prevenible de muerte prematura, enfermedad y discapacidad, basándose en pruebas que sugieren que incluso una intervención mínima por parte de los profesionales de la salud puede reducir drásticamente las tasas de tabaquismo. Con gran atención a la transferencia de conocimientos, la movilización de redes y un mayor uso de los servicios y programas existentes, el objetivo de esta iniciativa nacional es fortalecer la capacidad de las enfermeras para ayudar a sus pacientes mediante la incorporación, en su práctica diaria, de estrategias y técnicas para dejar de fumar. Para 2013, la iniciativa ya se había puesto en contacto formalmente con 350 organizaciones y había designado a más de 2.600 impulsores de buenas prácticas para el abandono del hábito de fumar en todo Canadá. Este programa se detalla en el Capítulo 10.

Si bien el programa de Guías de Buenas Prácticas tiene su sede en Ontario, su presencia es muy importante en Canadá y en el ámbito internacional. Como prueba de ello, las Guías han sido traducidas al francés, español, chino, japonés, alemán e italiano. Además, unas 30 de estas Guías de Buenas Prácticas clínicas están disponibles en el National Guideline Clearinghouse (NGC), una página web creada por la agencia estadounidense Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que forma parte del Departamento de Sanidad de Estados Unidos (Department of Health and Human Services). Los Capítulos 13, 14, 15 y 17 comparten algunas experiencias de los socios internacionales de BPSO.

REFLEXIÓN

¿Qué factores han sido fundamentales para el éxito de diversas iniciativas provinciales y nacionales que se han basado en las guías?

AMPLIACIÓN HACIA DENTRO: TRANSFORMACIÓN DE VALORES A NIVEL INDIVIDUAL, INSTITUCIONAL Y DEL SISTEMA SANITARIO

El hecho de encontrarse dentro de una asociación profesional de enfermería enriquece el programa de Guías de Buenas Prácticas, ya que proporciona una gran cantidad de miembros voluntarios entre enfermeras registradas, enfermeras de especialistas y estudiantes de enfermería listos para adoptar y probar dichas guías. Por lo tanto, la identificación de una base inicial de primeros usuarios y un campo de pruebas para las guías nunca fue un problema para RNAO. La red de vínculos profesionales de RNAO con otras asociaciones de enfermeras y no enfermeras también ha beneficiado al programa. Como se verá en el Capítulo 18, para los colaboradores que no pertenecen al ámbito de la enfermería los beneficios de la experiencia de RNAO residen en el desarrollo y la implantación de Guías, además del gran impacto que tiene RNAO en políticas de salud, atención sanitaria y enfermería. Formar parte de una gran asociación profesional también significa tener personal experto. RNAO se organiza en siete departamentos, cada uno con amplia experiencia en su campo: Oficina Ejecutiva, Afiliación y Servicios, Asuntos Internacionales y Guías de Buenas Prácticas (International Affairs and Best Practice Guidelines, IABPG por sus siglas en inglés, el departamento responsable del programa de Guías), Enfermería y Política Sanitaria, Comunicaciones, Gestión de la Información y Tecnología, y Finanzas y Administración.

El trabajo de RNAO siempre es estratégico, analítico y viable. Así, aunque a menudo se oye hablar de la necesidad de aprovechar la experiencia de las enfermeras en el ámbito político (Cohen et al., 1996; Ellenbecker et al., 2017), RNAO actúa según esta misión y produce profundos cambios individuales, institucionales y, más ampliamente, en el sistema de salud, tanto en la práctica como en las políticas. El programa de Guías de Buenas Prácticas ha sido fundamental para el trabajo de RNAO en políticas sobre diversas áreas de la práctica enfermera y los entornos laborales. A su vez, el trabajo de RNAO en políticas ha influido en el desarrollo de determinadas guías, como por ejemplo la guía que se está desarrollando en el momento de la redacción del presente libro, en relación con la atención enfermera en salas de consumo supervisado de sustancias inyectadas, sobre la que se puede consultar más información en el Capítulo 18.

Varios capítulos de este libro reflexionan sobre los profundos cambios que se están produciendo en la práctica y en las políticas en el seno de los centros BPSO. Por ejemplo, en el Capítulo 14 se describen los cambios en el ámbito profesional en un gran hospital BPSO de China, que han dado lugar a ampliar el rol de las enfermeras en el cuidado de heridas gracias al uso de la guía de RNAO. En China, estas enfermeras han interiorizado el conocimiento de las guías y hablan con orgullo de ser impulsoras de su centro BPSO, asumiendo su papel con seriedad y afán de perfeccionamiento. El Capítulo 15 describe las mejoras alcanzadas en recursos humanos y materiales cuando las enfermeras demostraron que los colchones modificados según las descripciones de las guías están dando resultados positivos, haciendo que la administración del hospital apruebe financiación para cambiar todos los colchones. En el Capítulo 17 se describe cómo la Federación Australiana de Enfermería y Obstetricia (rama SA, Australia Meridional) influye en el ámbito político al mostrar el valor añadido que aporta a las enfermeras clínicas especializadas el uso de las Guías de Buenas Prácticas.

El Capítulo 18 muestra la capacidad de RNAO para aprovechar las Guías de Buenas Prácticas en beneficio de las políticas y viceversa. Se centra en el notable crecimiento del programa de Guías y la riqueza que se consigue cuando el conocimiento clínico basado en la evidencia coincide con políticas basadas en la evidencia y con la promoción del conocimiento. Si se trabaja con decisión, el resultado es el bien colectivo de nuestros sistemas sanitarios y de las personas a las que atendemos. La ampliación hacia dentro a menudo hace que se genere una identidad colectiva, que es uno de los resultados de mayor impacto del programa de Guías de Buenas Prácticas.

MONITORIZACIÓN, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN

El siguiente paso en la evolución del programa de Guías de Buenas Prácticas fue diseñar un sistema para supervisar y evaluar el impacto de las guías de RNAO en las organizaciones que los implantaron. Dicho impacto puede referirse a todo tipo de resultados, desde los del prestador de cuidados y el paciente hasta el rendimiento

de la organización y el sistema de salud. Con este fin, RNAO se asoció con distintos centros BPSO en Canadá y en el extranjero para comprender sus necesidades y capacidades, lo que condujo al lanzamiento de otra innovación, un sistema de datos internacional integral y gratuito, el primero de su clase, a disposición de todos los centros BPSO. El proyecto Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuIRE) se compone de una base de datos, un sistema de introducción de datos en línea, un diccionario de datos (que incluye un conjunto de indicadores estructurales a nivel de organización y un conjunto de indicadores de proceso y de resultados para cada Guía de buenas prácticas), así como procesos de recopilación de datos y elaboración de informes (RNAO, s.f.-c).

A través de NQuIRE, RNAO recopila, analiza y trasmite datos sobre los indicadores de calidad enviados por servicios de asistencia sanitaria y centros BPSO académicos. NQuIRE ayuda a los centros BPSO a realizar mejoras efectivas en la práctica, ya que les proporciona datos organizativos y comparativos sobre los procesos de cuidados orientados por las guías y los consiguientes resultados clínicos. Con los datos NQuIRE, los centros BPSO pueden supervisar su progreso, identificar áreas de mejora, destacar áreas en las que profundizar la investigación y mejorar la calidad para optimizar los resultados clínicos, organizativos y del sistema sanitario. Al monitorizar, evaluar e informar de las mejoras de calidad en la atención enfermera en todo el mundo, NQuIRE está generando indicadores de calidad validados y aprobados por los centros BPSO que contribuirán a la sostenibilidad y mejorarán nuestra comprensión de cómo influye globalmente la práctica enfermera basada en la evidencia en la calidad de la atención médica y los resultados de salud. El Capítulo 16 detalla el progreso y los resultados disponibles a través de NQuIRE; además, en varios capítulos se describe su utilidad para centros BPSO concretos.



¿Cómo cree que un sistema tan sólido y completo como este para la evaluación del uso de las Guías va a influir en el programa y en quienes adoptan las Guías?

EL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS: DEL IMPACTO LOCAL A LA TRANSFORMACIÓN SÍSMICA DE LA PRÁCTICA ENFERMERA EN TODO EL MUNDO

Financiado por el Ministerio de Sanidad y Atención de Larga Duración de Ontario y gestionado de forma independiente, el programa de Guías de Buenas Prácticas atrajo desde sus principios un amplio interés en la provincia en el entonces emergente campo del desarrollo de guías clínicas. A principios de la década de 1990, la Universidad McMaster había lanzado un plan de estudios basado en la evidencia en el campo de la medicina en Ontario (Guyatt, 1991) y RNAO tomó la iniciativa en el movimiento enfermero para promover la práctica basada en la evidencia. La producción de nuestras primeras cuatro guías rápidamente demostró la capacidad de RNAO de desarrollar productos de calidad. Las guías, no obstante, podrían haberse quedado en un cajón de no haber sido por el completo programa desarrollado en paralelo por RNAO para fomentar la adopción y el uso de las guías en la práctica cotidiana. Este pilar del programa de Guías, que resultó todo un hito, consolidó su lugar como líder en la implantación científica. Ya en 2005, RNAO destacaba internacionalmente por la solidez de su programa de guías clínicas (Jordan, 2005) y se solicitaba su experiencia tanto en el desarrollo de guías como en la traducción del conocimiento. Aunque la evaluación formaba parte del programa desde el principio, la evaluación sistemática del impacto de las guías respecto a los resultados para el paciente evolucionó a lo largo de los años, pasando a realizarse a partir de evaluaciones independientes por parte de quienes las implantaban hasta la creación conjunta del sistema de indicadores de calidad NQuIRE, descrito anteriormente y en el Capítulo 16.

El programa de Guías de Buenas Prácticas ha alcanzado logros muy destacados y ha demostrado poder difundirse e innovar rápidamente desde sus inicios en 1999. El desarrollo de la visión de RNAO y su evolución a lo largo de los años ha contribuido en gran medida a su éxito. RNAO ha guiado el programa desde su inicio

hasta la madurez de una manera orgánica, basada a nivel macro en teorías sobre la difusión de la innovación y el cambio de sistemas a gran escala (Edwards, Rowan, Marck y Grinspun, 2011; Moore et al., 2015; Rogers, 1962, 2003) y la literatura sobre movimientos sociales (Melucci, 1980, 1989, 1996); a nivel meso, marcada por trabajos académicos sobre la transferencia del conocimiento (Curran, Grimshaw, Hayden, & Campbell, 2011; Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill, & Squires, 2012; Sales, Smith, Curran, & Kochevar, 2006; Shekelle, Woolf, Eccles, & Grimshaw, 1999; Straus, Tetroe, & Graham, 2013) y la experiencia sobre el terreno de enfermeras e instituciones, especialmente de nuestros socios de centros BPSO.

En el centro de estas perspectivas hay un profundo respeto, comprensión y consideración hacia el contexto local y las dinámicas de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba. En lugar de ofrecer una visión completamente definida por RNAO para que otros la siguieran, optamos por abrir el camino a un programa que hiciera progresar la práctica basada en la evidencia en enfermería. Posteriormente, este camino se ha configurado, modificado y adaptado sobre la nueva evidencia disponible y la evolución del contexto sociopolítico para seguir siendo sensible a las necesidades de Ontario, Canadá y el mundo. Por ejemplo, mientras que otros programas de guías clínicas tienen planificado el desarrollo de las mismas con años de antelación, el planteamiento flexible de RNAO hace posible dar respuesta a las prioridades provinciales y nacionales, como fue el caso cuando se impulsó el desarrollo de una guía sobre salas de consumo supervisado de sustancias inyectadas (como se verá en el Capítulo 18) o se estableció una colaboración para la guía de buenas prácticas sobre eHealth mencionada anteriormente. De forma similar, nuestros planes de implantación evolucionaron para llegar a instituciones enfermeras de ámbito nacional e internacional en respuesta a su interés por participar. Sin duda, para el éxito de esta idea ha sido fundamental la capacidad de escucha, la adecuación al contexto y el compromiso con la idea de propiedad compartida. Aunque RNAO ha encabezado este esfuerzo, hoy en día la realidad del programa de Guías de Buenas Prácticas ha sido moldeada colectivamente por múltiples actores involucrados en todos los niveles del programa.

DIFUSIÓN DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS A GRAN ESCALA: FACTORES DE ÉXITO

En la difusión a gran escala del programa de Guías de Buenas Prácticas y en su avance han contribuido numerosos factores, desde la creación de un cambio sistémico localizado hasta la dirección de una transformación sísmica de la atención enfermera en todo el mundo. Cada capítulo de los presentados a continuación destaca distintos factores que han contribuido de forma destacada. Si echamos la vista atrás y reflexionamos sobre los 20 años que han pasado desde el lanzamiento del programa, podemos señalar que siete factores principales han sido de capital importancia para su éxito:

1. **Localización:** El programa de Guías de Buenas Prácticas se enriquece al ubicarse en el seno de una asociación profesional de enfermeras. A nivel estructural, que una asociación como RNAO esté impulsada por sus miembros significa que cuenta con miles de enfermeras a bordo, con ganas de acceder al conocimiento que contienen las guías, aplicarlo en su trabajo y ofrecérselo a los pacientes y a sus organizaciones. También significa que un gran número de enfermeras con perfiles diferentes y de diversos sectores tienen necesidades de conocimiento para las que necesitan respuestas basadas en la evidencia. El hecho de que RNAO esté compuesta por un gran equipo de expertos en normativa y legislación, comunicaciones y tecnologías de la información significa que se asesora y procura de forma constante el éxito del programa de Guías de Buenas Prácticas.
2. **Integralidad:** El programa ofrece a enfermeras, organizaciones de atención sanitaria, instituciones académicas y sistemas sanitarios de todo el mundo un "paquete completo" consistente en guías; mecanismos de implantación; y evaluación para promover la práctica basada en la evidencia. Se trata de guías rigurosas que cumplen con los estándares internacionales y, además, los usuarios también pueden confiar en un enfoque sólido y bien cimentado para la implantación. El último componente de este paquete es un sistema para evaluar el impacto sobre el paciente, las organizaciones sanitarias y los sistemas sanitarios. Como tal, es el único programa de su tipo orientado

a enfermeras y otros profesionales sanitarios que incluye información sobre el desarrollo de las guías, su implantación y su evaluación.

3. **Solidez:** Existe un compromiso con la excelencia para cada componente del programa. Así, en el aspecto del desarrollo, las Guías de Buenas Prácticas de RNAO se incluyen en las principales bases de datos por su cumplimiento de los estándares internacionales. En cuanto al pilar de la implantación, las Guías se integran de forma local, nacional e internacional en los planes de estudios enfermeros y en la práctica diaria de todos los centros BPSO académicos y de servicios, así como en numerosos centros no BPSO. Respecto a la evaluación, aunque es el pilar más reciente, ya está dando resultados con un alto grado de madurez, como lo evidencian numerosos artículos publicados por RNAO y, lo que es más importante, por centros BPSO de ámbito local y mundial.
4. **Resultados probados:** El programa en sus distintos componentes produce resultados, es por ello por lo que el Consejo de la Federación de Canadá eligió distintas Guías de Buenas Prácticas de RNAO para su implantación nacional. Y lo que es más importante, al leer este libro, usted también podrá comprobar los excelentes resultados experimentados al usar el programa en diversos sectores de la salud en Ontario y Canadá, así como en Australia, Bélgica, Catar, Chile, China, Colombia, España, Italia, Jamaica, Perú, y Portugal.
5. **Accesibilidad:** El programa es gratuito y de libre acceso, empezando por las Guías de Buenas Prácticas, a las que se puede acceder libremente para su descarga a través del sitio web de RNAO, en línea con la filosofía de que el conocimiento debe compartirse por el bien común, no para el enriquecimiento privado.
6. **Vanguardia:** El programa no es estático, siempre cuenta con la base de la evidencia y está en contacto con la experiencia en el campo. En efecto, el deseo de ser sensibles a la práctica sobre el terreno nos inspira para explorar distintas soluciones e incorporar innovaciones cruciales al programa (p. ej., los centros BPSO Coordinadores).



REFLEXIÓN

Al considerar los factores atribuibles al éxito del programa de Guías de Buenas Prácticas, ¿está de acuerdo? ¿Qué otros factores podría añadir?

7. **Identidad colectiva:** Este último punto merece especial atención ya que se trata de un concepto que no se suele tratar en la práctica basada en la evidencia o en la literatura sobre difusión de innovaciones. Es un concepto que tomamos prestado de las ciencias sociales y, en especial, de las perspectivas teóricas y la investigación sobre movimientos sociales, resultado de una metodología de verdadero compromiso bien determinada y efectiva, liderada por RNAO.

EL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS COMO IDENTIDAD COLECTIVA

El concepto de identidad colectiva fue desarrollado por primera vez por Alberto Melucci en 1989. La identidad colectiva de Melucci es "una definición interactiva y compartida generada por distintos individuos que interactúan y que se preocupan tanto por el sentido de sus acciones como por el campo de oportunidades y limitaciones en que se desarrolla su actuación" (1989, p. 34). Insatisfecho con la brecha entre las teorías sobre cómo se forma la acción colectiva y cómo encuentran los individuos la motivación, Melucci (1989) define un proceso intermedio en el que los individuos reconocen que comparten ciertas orientaciones en común y, sobre esa base, deciden actuar juntos. Para él, la identidad colectiva es un proceso negociado a lo largo del tiempo y caracterizado por tres dimensiones: una "definición cognitiva", que implica un marco de trabajo común, así como unos objetivos, recursos y entornos de actuación; una "relación activa" entre los participantes y una "implicación emocional" entre los participantes (Melucci, 1989). La definición de Melucci de identidad colectiva es de gran importancia para comprender el éxito del programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO.

El uso de conceptos de teoría social supone una fuerte desviación de los enfoques tradicionales sobre las transformaciones en materia de atención sanitaria. Por lo general, el cambio en el sistema sanitario se basa en gran medida en un conjunto de directrices de arriba hacia abajo con fases o pasos completamente planificados y diseñados para "gestionar el cambio" y estrategias orientadas a progresar en la jerarquía y animar a la plantilla a "aceptar el cambio". Bates, Robert y Bevan (2004) discuten las limitaciones de los enfoques tradicionales y exploran el potencial de la teoría de movimientos sociales para comprender las transformaciones a gran escala del sistema sanitario en el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido. Su conclusión es que "los componentes de los movimientos sociales y un enfoque programático del cambio organizacional a gran escala no necesariamente se excluyen mutuamente y pueden representar la próxima fase de mejora de la atención sanitaria" (Bates, Robert, & Bevan, 2004, p. 65).

En consonancia con el trabajo de Melucci (1989), la orientación del programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO se ha dirigido hacia la propiedad compartida y el fomento de la identidad colectiva entre todos los participantes y partes interesadas a todos los niveles. Nuestro trabajo con los centros BPSO hace hincapié en un enfoque transparente, interesante y motivador que fomente la identificación y la participación activa en todos los aspectos fundamentales o pilares del programa, como se verá a lo largo de este libro. Desde el principio, conectamos fácilmente con profesionales sanitarios, gestores institucionales y sanitarios, educadores, investigadores y legisladores para lograr su participación activa en el proceso. Como se describe en el Capítulo 2, además de la perspectiva profesional de RNAO hemos incluido (y seguimos incluyendo) otras voces igualmente importantes, como la de la asociación profesional de enfermeras registradas de Ontario. El mensaje es que el programa de Guías es un bien colectivo tanto para las enfermeras como para las personas a las que prestamos servicios.

Los medios de comunicación y el público han sido aliados fundamentales, ya que la consolidación de la enfermería como una "profesión de conocimientos" y de las enfermeras como trabajadoras del conocimiento ha significado que siempre que hay un tema clínico de importancia en un medio de comunicación, respondemos y nos remitimos a las Guías de Buenas Prácticas de RNAO. A lo largo de los años, las cartas al editor han tratado un sinfín de temas, desde caídas, gestión de plantillas u obesidad (Bajnok, 2008, 2009; Virani, 2007). Desde 2012, incrementamos estas respuestas "oportunas" a los medios con las conferencias de prensa sobre el terreno realizadas durante la Semana de la Enfermería y organizadas por los centros BPSO en colaboración con RNAO. En estos y otros eventos, el personal de los centros BPSO y los pacientes muestran su experiencia basada en la evidencia y su impacto positivo (Zych, 2012).

REFLEXIÓN

¿Ha participado en un proyecto en el que haya experimentado la identidad colectiva? ¿Puede describir cómo se sintió? ¿Hasta qué punto la identidad olectiva es fundamental para un cambio sostenido?

Finalmente, otro componente de este esfuerzo conjunto para desarrollar una identidad colectiva en torno al programa de Guías ha sido el vínculo entre la práctica basada en la evidencia y las políticas basadas en la evidencia, un esfuerzo bidireccional cuyos resultados han influido en las políticas institucionales y en las políticas del sistema sanitario a nivel macro. En el Capítulo 18 se discuten estos cambios como conclusión de este libro.

Hoy en día, el programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO desempeña un papel fundamental en el desarrollo de guías clínicas y de entornos laborales saludables, en la implantación científica y en la evaluación de resultados, tanto a nivel provincial como nacional e internacional. El programa hace posible que las instituciones y los sistemas sanitarios se centren en la atención al paciente y en la excelencia clínica, usando la investigación más reciente para servir de base para la práctica y optimizar los resultados. El programa de Guías ha ayudado a impulsar las prioridades gubernamentales, así como los resultados de pacientes, profesionales, instituciones y sistemas sanitarios. Cuenta con reconocimiento en todo el mundo por su riguroso desarrollo de las guías, por sus enfoques transformadores que contribuyen a la implantación científica y por su sólida metodología de evaluación (Di Costanzo, 2013; Scarrow, 2008; WHO, 2015). Ciertamente, las

Guías de Buenas Prácticas se han convertido en parte de la cultura y el léxico de la enfermería en Ontario y en todo Canadá, y los centros BPSO constituyen un movimiento global galvanizador de la enfermería que sirve para crear una identidad colectiva.

MIRANDO HACIA EL FUTURO

Las Guías de Buenas Prácticas de RNAO están revolucionando la enfermería con su enfoque en el conocimiento, que optimiza la prestación de cuidados en cualquier punto del mundo. Constituyen unas sólidas herramientas basadas en la evidencia que captan lo imaginado por las enfermeras en el ejercicio de su profesión, así como por administradores, educadores, investigadores y legisladores. Se han ganado a las enfermeras de todo tipo de perfiles y especialmente a las dedicadas al cuidado directo, tanto en la comunidad o los hospitales como en residencias de tercera edad y, en definitiva, en cualquier lugar en que trabaje un profesional de la enfermería. Las enfermeras entienden que las Guías de Buenas Prácticas son fundamentales para que en la profesión se aplique una práctica totalmente basada en la evidencia, y ahí es donde quieren llegar. El mayor éxito es que cada vez más segmentos de la comunidad enfermera se están uniendo como centros BPSO, compartiendo su entusiasmo al colaborar tanto con RNAO como entre sí y haciendo suyo este movimiento.

El futuro se presenta lleno de oportunidades a medida que la influencia del programa de Guías de Buenas Prácticas continúa su expansión en todos los aspectos, a través de nuevas guías, nuevos impulsores de buenas prácticas, más centros BPSO y mayor capacidad para evaluar su impacto. A nivel de servicio significa que podemos asociarnos como redes regionales, siguiendo el modelo de consorcio de los centros BPSO como ya se ha establecido en Latinoamérica y que fomenta un aprendizaje enriquecedor y una fuerte identidad colectiva. Tanto auditores formados como asesores de orientación de diferentes países harán posible la sostenibilidad y la fidelidad del programa, además de generar una identidad colectiva y un sentimiento de propiedad compartida. Académicamente, una nueva generación de estudiantes ya se está graduando en convivencia con las Guías y los centros BPSO, con lo que actuarán como profesionales de enfermería inquisitivos, agentes del cambio para lograr la práctica basada en la evidencia. Si lo multiplicamos por los miles que son, dentro de unos cuantos años contarán con la experiencia necesaria para contribuir mediante su ejercicio profesional a la profundización de los valores y la cultura basados en la evidencia.

Finalmente, existen tres importantes innovaciones recientes que son de vital importancia para este programa que está en continuo crecimiento. La primera alude a los centros BPSO que continúan liderando el pilar de la implantación. Junto con los centros BPSO hemos lanzado la iniciativa *Implementation Research Collaboratory*, que pronto nos permitirá identificar indicadores de implantación para comprender plenamente cuáles son las estrategias más potentes y efectivas para garantizar la adopción, la sostenibilidad y la fidelidad a las Guías de Buenas Prácticas en el trabajo de campo y en el académico. Se introducirán entonces como indicadores formales en NQuIRE, con lo que podremos aprender de forma continua sobre los procesos de implantación y su grado de éxito en lo referido a la asimilación y la sostenibilidad de la evidencia.



REFLEXIÓN

¿Cómo contribuyen estas tres innovaciones al programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO y cómo dan continuidad a su profundo impacto sobre los resultados de la profesión, de la atención sanitaria y de la salud de la población?

La segunda innovación son los Evidence Boosters (EB), unas fichas que recogen un resumen de la evidencia, producidos gracias a la monitorización y la evaluación. Como se discute y se expone en los Capítulos 11 y 16, los "Evidence Boosters" demuestran el valor y el impacto de la implantación de las Guías de Buenas Prácticas en los centros BPSO. Dichos "Evidence Boosters", que ya se están introduciendo, también sirven para auditar y recabar información de enfermeras de todo tipo de perfiles con la que muestran el trabajo que realizan dentro de sus organizaciones. Sirven como trampolín para los "informes sobre tendencias",

desde el lanzamiento de las Guías de Buenas Prácticas hasta su implantación y sostenibilidad, contribuyendo así a una mejor comprensión del impacto económico de la práctica enfermera basada en la evidencia y de los entornos laborales saludables. La tercera innovación implica demostrar beneficios económicos y comerciales. Ya estamos estudiando la posible creación de un atlas de enfermería sobre "el estado de la atención enfermera", como en lo referente a caídas en personas mayores, lesiones por presión, etc., para mostrar cómo es la excelencia en los cuidados en todo el mundo y el efecto que tiene en los resultados de pacientes, instituciones y sistemas sanitarios, tanto clínica como económicamente.

Siguiendo adelante, tenemos que continuar siempre centrados en las personas y las comunidades a las que, como enfermeras, damos servicio. El objetivo último es que el público (individual y colectivamente) reciba los mejores cuidados posibles cada vez que entre en contacto con una enfermera, puesto que siempre deben ser ellos los verdaderos beneficiarios de nuestro gran esfuerzo.

MENSAJES CLAVE

- El principal propósito del programa de Guías de Buenas Prácticas es ayudar a enfermeras y demás profesionales sanitarios, así como a las instituciones y sistemas sanitarios en que trabajan, a adoptar una práctica y una formación basadas en la mejor evidencia disponible.
- El cuidado, un concepto fundamental de la enfermería, ha sido criticado en ocasiones como "intervención de alcance limitado", lo que no ha beneficiado ni a enfermeras ni a pacientes. Impulsar a nuestra enfermería como arte y como ciencia exige competencia tanto en conocimiento como en cuidados.
- La dicotomía cuidado-curación plantea importantes desafíos para las enfermeras que desean igualdad en el lugar de trabajo, especialmente con los médicos, ya que se asume que un profesional sanitario utiliza el corazón para ofrecer alivio y bienestar, en tanto que el otro emplea el intelecto para curar problemas clínicos.
- El programa de Guías de Buenas Prácticas potencia una conceptualización de la práctica asistencial enfermera que conjuga cuidado cognitivo (p. ej., conocimientos clínicos, planificación de los cuidados), cuidado físico (p. ej., aseo y baño) y cuidado relacional (p. ej., comunicación, contacto físico, presencia, compasión).
- El programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO ofrece acceso a evidencia rigurosa en todos los ámbitos de la práctica enfermera: de tipo cognitivo, físico y relacional. La evidencia también se refiere a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los aspectos curativos de la atención clínica, en los que las enfermeras desempeñan un papel fundamental.
- El programa de Guías de Buenas Prácticas se basa en distintas estrategias científicas no tradicionales y multifacéticas de compromiso social, incluyendo enfoques que logren atraer a las enfermeras para movilizar su conocimiento, compromiso y energía, para convertirse en motores de un cambio sostenido en el ámbito clínico, organizativo y del sistema sanitario.
- Gracias al gran énfasis por aplicar la implantación científica, en combinación con un interés constante por aprender y dar respuesta a las necesidades en el campo, RNAO lidera lo que probablemente sea el programa de implantación más sólido y extenso para la práctica basada en la evidencia para enfermeras en cualquier parte del mundo y se encuentra entre los más potentes en el campo de la salud.
- La localización del programa de Guías de Buenas Prácticas en el seno de una asociación enfermera profesional potencia sus objetivos, ya que permite contar con una gran cantidad de miembros voluntarios entre enfermeras y estudiantes de enfermería preparados para adoptar y probar dichas guías, con lo que se obtiene una gran base inicial de usuarios.

- El programa de Guías de Buenas Prácticas ha sido fundamental para el trabajo en políticas de RNAO en diversas áreas relativas a la práctica enfermera (a saber, financiación para dispositivos de liberación de la presión) y a los entornos laborales. A su vez, el trabajo en políticas de RNAO ha influido en el desarrollo de determinadas guías (implantación de salas de consumo supervisado de sustancias inyectadas).
- NQuIRE respalda los centros BPSO para realizar mejoras eficaces en la práctica que optimicen los resultados clínicos, organizativos y del sistema sanitario mediante la provisión de datos organizativos y comparativos sobre procesos enfermeros que hayan seguido dichas guías y resultados clínicos y económicos.
- Numerosos factores han contribuido a la difusión a gran escala del programa de Guías de Buenas Prácticas y a su avance, desde la creación de un cambio sistémico localizado hasta la dirección de una transformación sísmica de la atención enfermera en todo el mundo. Para ello ha sido clave el sentimiento de identidad colectiva.
- Las Guías de Buenas Prácticas de RNAO están revolucionando la enfermería con su foco en el conocimiento, que optimiza la prestación de cuidados en cualquier punto del mundo. Estas herramientas, sólidas y basadas en la evidencia, han logrado captar lo imaginado por las enfermeras en el ejercicio de su profesión, así como por administradores, educadores, investigadores y legisladores.

REFERENCIAS

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., . . . Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries: The ways in which nurses' work is structured have left nurses among the least satisfied workers, and the problem is getting worse. *Health Affairs*, *20*(3), 43–53.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, *288*(16), 1987–1993.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, *38*(5), 223–229.

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., . . . Sermeus, W. (2016). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, *26*, 559–568. doi: 10.1136/bmjqs-2016-005567

Bajnok, I. (2008, May 23). Healthy work environment Best Practice Guidelines [Letter to the editor]. *Welland Tribune*.

Bajnok, I. (2009, August 7). Falls in older adults and recommendations in RNAO's BPG [Letter to the editor]. *National Post*.

Bajnok, I., Grinspun, D., Lloyd, M., & McConnell, H. (2015). Leading quality improvement through Best Practice Guideline development, implementation, and measurement science. *Med UNAB*, *17*(3), 155–162.

Bates, P., Robert, G., & Bevan, H. (2004). The next phase of healthcare improvement: What can we learn from social movements? *Quality & Safety in Health Care*, *13*(1), 62–66.

Benner, P. E. (1994). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Bishop, A. H., & Scudder, J. R. (1991). *Nursing: The practice of caring*. New York, NY: National League for Nursing Press.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. B. (1993). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. New York, NY: National League for Nursing.

Buresh, B., & Gordon, S. (2003). *From silence to voice: What nurses know and must communicate to the public*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Calman, L. (2006). Patients' views of nurses' competence. *Nurse Education Today*, *26*(8), 719–725.

Cohen, S. S., Mason, D. J., Kovner, C., Leavitt, J. K., Pulcini, J., & Sochalski, J. (1996). Stages of nursing's political development: Where we've been and where we ought to go. *Nursing Outlook*, *44*(6), 259–266.

Cummings, G. (2006). Hospital restructuring and nursing leadership: A journey from research question to research program. *Nursing Administration Quarterly*, *30*(4), 321–329.

Curran, J. A., Grimshaw, J. M., Hayden, J. A., & Campbell, B. (2011). Knowledge translation research: The science of moving research into policy and practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, *31*(3), 174–180.

Decter, M. B. (2000). *Four strong winds: Understanding the growing challenges to health care*. Toronto, ON: Stoddart.

Di Costanzo, M. (2013). Becoming a BPSO. *Registered Nurse Journal*, *25*(2), 12–17.

Di Costanzo, M. (2014). Therefore, be it resolved that . . . *Registered Nurse Journal*, *26*(4), 23–25.

Edwards, N., Rowan, M., Marck, P., & Grinspun, D. (2011). Understanding whole systems change in health care: The case of the nurse practitioners in Canada. *Policy, Politics, & Nursing*, *12*(1), 4–17.

Ellenbecker, C. H., Fawcett, J., Jones, E. J., Mahoney, D., Rowlands, B., & Waddell, A. (2017). A staged approach to educating nurses in health policy. *Policy, Politics & Nursing Practice*, *18*(1), 44–56.

Field, M., & Lohr, K. (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academies Press.

Forest, D. (1989). The experience of caring. *Journal of Advanced Nursing*, *14*, 815–823.

Gadow, S. (1985). The nurse and patient: The caring relationship. In A. H. Bishop & J. R. Scudder (Eds.), *Caring, curing and coping: Nurse, physician, patient relationships* (pp. 31–43). Tuscaloosa, AL: The University of Alabama Press.

Gordon, S. (1997). *Life support: Three nurses on the front lines* (1st ed.). Boston, MA: Little Brown.

Gordon, S. (2005). *Nursing against the odds: How health care cost cutting, media stereotypes, and medical hubris undermine nurses and patient care*. Ithaca, NY: ILR Press, an imprint of Cornell University Press.

Griffin, A. P. (1983). A philosophical analysis of caring in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *8*, 289–295.

Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7, 50. doi: 10.1186/1748-5908-7-50

Grinspun, D. (2007). Healthy workplaces: The case for shared clinical decision making and increased full-time employment. *Healthcare Papers*, *Vol.* 7 *Special Issue*, 69–75.

Grinspun, D. (2010). *The social construction of caring in nursing* (Doctoral dissertation). York University, Toronto, ON.

Grinspun, D. (2011). Guías de práctica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (Evidence based clinical practice and work environment guidelines prepared by the RNAO). *Enferm. Clin*., *21*, 1–2.

Grinspun, D., Librado, R., Góngora, A. (2005). Centros de excelencia en enfermería de rehabilitación: Un sueno a alcanzar. Centres of excellence in rehabilitation nursing services: A dream to be achieved. *Enfermería Global*, 7, 1–8.

Guyatt, G. H. (1991). Evidence-based medicine. *ACP J Club*, *114*, A16. doi: 10.7326/ACPJC-1991-114-2-A16

Halldórsdóttir, S. (1997). Implications of the caring/competence dichotomy. In S. E. Thorne & V. E. Hayes (Eds.), *Nursing praxis: Knowledge and action* (pp. 105–124). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Health Council of Canada. (2012). *Understanding clinical practice guidelines: A video series primer.* Retrieved from https://healthcouncilcanada.ca/files/CPG_Backgrounder_EN.pdf.pdf

International Council of Nurses (ICN). (2013). *RNAO-ICNP Research and Development Centre*. Retrieved from http://www.icn.ch/what-we-do/rnao-icnp-research-and-development-centre/

Jordan, Z. (2005, Oct/Dec). Turning challenges into opportunities. *PACEsetterS*, *2*(4), 6–11.

JPNC Implementation Monitoring Subcommittee. (2003, November). *Good nursing, good health: The return on our investment—Progress report.* Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario.

Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Med Care*, *45*(12), 1195–1204.

Leininger, M. M. (1978). *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practices*. New York, NY: John Wiley & Sons.

Leininger, M. M. (1980). Caring: A central focus of nursing and health care services. *Nursing & Health Care*, *1*(3), 135–176.

Liu, J. E., Mok, E., & Wong, T. (2006). Caring in nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(2), 188–196.

Manitoba Health. (2001). *Report of the Review and Implementation Committee for the report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest*. Winnipeg, MB: Ministry of Health, Government of Manitoba.

Melucci, A. (1980). The new social movements: A theoretical approach. *Social Science Information*, *19*(2), 199–226.

Melucci, A. (1989). *Nomad of the present: Social movements and individual needs in contemporary society.* Philadelphia, PA: Temple University Press.

Melucci, A. (1996). *Challenging codes: Collective action in the information age.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Meyer, R. M., Wang, S., Li, X., Thomson, D., & O'Brien-Pallas, L. (2009). Evaluation of a patient care delivery model: Patient outcomes in acute cardiac care. *Journal of Nursing Scholarship*, *41*(4), 399–410.

Moland, L. L. (2006). Moral integrity and regret in nursing. In S. Nelson & S. Gordon (Eds.), *The complexities of care: Nursing reconsidered* (pp. 50–68). Ithaca, NY: ILR Press/Cornell University Press.

Moore, M., Riddell, D., & Vocisano, D. (2015). Scaling out, scaling up, scaling deep: Strategies of non-profits in advancing systemic social innovation. *Journal of Corporate Citizenship*, *Vol. 2015*(58), 67–84(18). https://doi.org/10.9774/GLEAF.4700.2015.ju.00009

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, *346*(22), 1715–1722.

Needleman, J., Buerhaus, P. I., Stewart, M., Zelevinsky, K., & Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: Is there a business case for quality? *Health Affairs (Millwood)*, *25*(1), 204–211.

Nelson, S., & Gordon, S. (2006). *The complexities of care: Nursing reconsidered*. Ithaca, NY: ILR Press/Cornell University Press.

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care—Nursing Task Force. (1999, January). *Good nursing, good health: An investment for the 21st century* (Ministry report). Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nurserep99/nurse_rep.aspx

Picard, A. (2000). *Critical care: Canadian nurses speak for change*. Toronto, ON: HarperCollins.

Punch, D. (2017, February 3). *Upcoming guideline recommends eHealth strategies to improve health system*. Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2017/02/23/ehealth-improve-health

Ray, M. A. (1989). The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*, *13*(2), 31–42.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (n.d.-a). *Mission and values.* Retrieved from http://rnao.ca/about/mission

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (n.d.-b). *Nursing order sets.* Retrieved from http://rnao.ca/ehealth/nursingordersets

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (n.d.-c). *Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuIRE).* Retrieved from https://nquire.rnao.ca/

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (1998, March). *Putting Out the Health Care Fire: A Proposal to Reinvest in Nursing Care in Ontario. A report submitted to Premier Michael D. Harris.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2004, January 13). *RNAO partners with seven health-care organizations to implement and evaluate nursing BPGs.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/RNAO-partners-with-seven-health-care-organizations-to-implement-and-evaluate-nursing-BPGs

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006). *Client centred care* (Revised supplement). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *About the eHealth Toolkit.* Retrieved from http://rnao.ca/ehealth/toolkit

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013, June). *RNAO's Proud Past.* Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAOs_Proud_Past_-_June_2013.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017a). *70 years of RN effectiveness.* Retrieved from http://rnao.ca/bpg/initiatives/RNEffectiveness

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017b). *Adopting eHealth solutions: Implementation strategies.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Roach, M. S. (1987). *The human act of caring: A blueprint for health professions*. Toronto, ON: Canadian Hospital Association.

Rogers, E. M. (1962). *Diffusion of innovations.* New York, NY: Free Press of Glencoe.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY: Free Press.

Sales, A., Smith, J., Curran, G., & Kochevar, L. (2006). Models, strategies, and tools: Theory in implementing evidence-based findings into health care practice. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(Supplement 2), S43–S49.

Scarrow, J. (2008). Revolutionizing nursing practice. *Registered Nurse Journal*, *20*(2), 12–17.

Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Developing guidelines. *BMJ*, *318*(7183), 593–598.

Sinclair, M. (2001). *The report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest: An inquiry into twelve deaths at the Winnipeg Health Sciences Centre in 1994 (Sinclair Report)*. Winnipeg, MB: Provincial Court of Manitoba.

Straus, S., Tetroe, J., & Graham, I. (Eds). (2013). *Knowledge translation in health care* (2nd ed.) Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, *40*, 161–166.

Swanson, K. M. (1999). What is known about caring in nursing science—A literary meta-analysis. In A. S. Hinshaw, S. Feetham, & J. L. F. Shaver (Eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31–60). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Urden, L. D., & Walston, S. L. (2001). Outcomes of hospital restructuring and reengineering—How is success or failure being measured? *Journal of Nursing Administration*, *31*(4), 203–209.

Virani, T. (2007, April 10). Combatting obesity: MDs urge new checkup routine: Height, weight—and waistline. *The Globe and Mail.*

Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: Colorado Associated University Press.

Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing* (Reprint of 1988 ed.). New York, NY: National League for Nursing.

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science.* Philadelphia, PA: F.A. Davis Co.

Weiss, C. J. (1988). Gender-related perceptions of caring in the nurse-patient relationship. In M. M. Leininger (Ed.), *Care: The essence of nursing and health* (Rerelease of 1984 ed., pp. 161–182). Detroit, MI: Wayne State University.

WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark. (2015). Spain BPSO Host. Nurses and Midwifes: A vital resource for Health. European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals. *SPAIN: Implementation of evidence-based guidelines to establish a network of centres committed to using best care practices* (pp. 40–42). Retrieved from http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/nurses-and-midwives-a-vital-resource-for-health.-european-compendium-of-good-practices-in-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals

Young, L. (2011). There are 31 interest groups to choose from at RNAO: Which one appeals to you? *Registered Nurse Journal*, *23*(5), 18–21.

Young-Mason, J. (1997). *The patient's voice: Experiences of illness*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Zych, M. (2012, May 3). *Health-care professionals mark Nursing Week with a commitment to better patient care*. Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2012/05/03/health-care-professionals-mark-nursing-week-commitment-better-patient

UNIDAD

1

EL DESARROLLO DE LA GUÍA: EL PRIMER PILAR PARA EL ÉXITO

2 LA ANATOMÍA DE UN RIGUROSO PROCESO DE DESARROLLO DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS 31

3 CREACIÓN DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES: FACILITANDO LA EXCELENCIA CLÍNIC..... 69

CAPÍTULO

2

LA ANATOMÍA DE UN RIGUROSO PROCESO DE DESARROLLO DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS

Michelle Rey, PhD, MSc, BSc
Doris Grispun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD (hon), Dr (hc), O. ONT
Lucia Costantini, PhD, RN
Monique Lloyd, PhD, RN

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Entender la evolución de las Guías de Buenas Prácticas como herramientas de conocimiento útiles en la prestación de atención basada en la evidencia.
- Describir las cualidades de una guía eficaz, de acuerdo con los estándares internacionales de desarrollo de guías.
- Describir los siete pasos del proceso de desarrollo de una Guía de RNAO y por qué cada uno de ellos es importante.
- Discutir los elementos de una revisión sistemática que contribuyen al rigor de una Guía.
- Determinar los componentes del proceso de desarrollo de una Guía de RNAO que sirven para reducir los sesgos.
- Apreciar las mejoras utilizadas y planificadas en la metodología de desarrollo de una Guía de RNAO, incluyendo la aplicación de los marcos de trabajo de GRADE.

INTRODUCCIÓN

Este capítulo describe el proceso de desarrollo de las Guías de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO), un pilar del Programa de Guías de Buenas Prácticas que se presentó y describió en el Capítulo 1. El proceso se describe utilizando los siete pasos de RNAO para el riguroso desarrollo de las guías, que se adhieren a las normas internacionales, y se muestra en la Figura 2.1.

Se incluye una descripción detallada de cada paso, con especial énfasis en la síntesis de la evidencia a través de revisiones sistemáticas de la literatura revisada por colegas y el proceso de consenso de Delphi modificado utilizado con el panel de expertos para refinar las recomendaciones basadas en la evidencia. El capítulo describe el trabajo emergente de RNAO en la alineación de las metodologías mediante la Clasificación de la Valoración de las Recomendaciones, Desarrollo y Evaluación (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE, por sus siglas en inglés), para evaluar la calidad de la evidencia y la solidez de las recomendaciones. También se destaca el enfoque de RNAO en la evaluación continua de procesos y resultados, así como la continua mejora de la calidad con los métodos de desarrollo de guías. El capítulo proporciona respuestas a los desafíos clave en el desarrollo de guías, como los plazos, los recursos, los ciclos de actualización y la participación de expertos en procesos eficaces y eficientes para lograr los máximos resultados.



FIGURA 2.1. El pilar de desarrollo de guías del programa de Guías de Buenas Prácticas que muestra los pasos en el proceso de desarrollo de Guías de Buenas Prácticas de RNAO.
© Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO). Todos los derechos reservados

GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS: ¿POR QUÉ?

No se puede subestimar la importancia de las sólidas guías de práctica clínica basadas en la evidencia. A nivel mundial, los gobiernos y los profesionales de la salud están tratando de mejorar la atención sanitaria y optimizar los resultados a través de iniciativas que apoyan la atención clínica basada en la evidencia. A pesar de este loable objetivo, las variaciones en la práctica clínica descritas por primera vez por Wennberg y Gittelsohn (1973, 1982) continúan, al igual que los problemáticos resultados (Institute of Medicine [IOM], 2011; Grinspun, Melnyk, & Fineout-Overholt, 2014; Melnyk et al., 2012). Sin embargo, los pacientes se fían y confían en los proveedores de atención sanitaria para obtener atención de calidad y asumen que esos proveedores tienen el conocimiento y la experiencia para tomar las mejores decisiones relacionadas con la salud.

Una herramienta importante para responder a este desafío es la disponibilidad, aceptación y utilización consistente de las guías de práctica clínica y las recomendaciones basadas en la evidencia que han sido rigurosamente desarrolladas. Estas guías ayudan a los proveedores de atención sanitaria, que a menudo se enfrentan a decisiones difíciles, pruebas abrumadoras y una incertidumbre considerable, a tomar decisiones clínicas fundamentadas al tratar a los pacientes. Las Guías de Buenas Prácticas pueden ayudar a los médicos y pacientes a determinar las mejores opciones para una enfermedad, condición o problema de salud en particular. Se desarrollan guías fiables con la intención de mejorar la calidad de la atención sanitaria y al mismo tiempo reforzar los resultados clínicos, financieros y de la organización.

LA CIENCIA DE LA ELABORACIÓN DE GUÍAS: ESTABLECIMIENTO DE NORMAS

Los enfoques previos al desarrollo de las guías se centraban en la tradición (es decir, "siempre lo hemos hecho de esta manera") o en la autoridad (es decir, el médico más antiguo o más respetado) (AGREE Collaboration, 2003). Hoy en día, las Guías se basan en una evaluación de la evidencia actual, lo que resulta en declaraciones (derivadas por consenso) sobre las mejores prácticas en la atención sanitaria. En 2011, el Institute of Medicine (en adelante IOM, por sus siglas en inglés) informó que la base de datos de la Guideline International Network (red internacional de guías) contenía más de 3.700 guías de práctica clínica de 39 países, con 2.700 guías adicionales en el National Guideline Clearinghouse (NGC), parte de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (OIM, 2011a). El gran número de guías de práctica clínica disponibles desafía a los usuarios, incluidos los profesionales, a determinar qué guías son de alta calidad. El impacto positivo o negativo de implantar las Guías puede variar significativamente en función de su calidad. Las guías desarrolladas que utilizan pruebas sobre los beneficios y los daños de los tratamientos o intervenciones tienen el potencial de mejorar los resultados de la atención sanitaria y de la salud, así como de disminuir la morbilidad y la mortalidad (Grimshaw et al., 2004; Melnyk et al., 2012). Las guías de baja calidad perjudican a los pacientes y deben ser cuidadosamente evaluadas por la validez y fiabilidad de su información y evidencia de apoyo (Shekelle et al., 2000).

Este aumento en el número de profesionales que desarrollan las guías, las inconsistencias en la metodología y la calidad variable de las recomendaciones hicieron evidente que se necesitaba un conjunto de normas para fortalecer la confianza en el proceso de desarrollo de guías, las guías desarrolladas y los resultados asociados con su implantación. Los usuarios de las guías necesitaban un mecanismo para identificar guías de práctica clínica fiables y de alta calidad, para apoyar así la toma de decisiones relacionadas con la salud y que mejoraran la calidad y los resultados de la atención sanitaria. Por lo tanto, las normas de desarrollo de guías ayudarían a los profesionales que las desarrollan a crear guías fiables que mejorasen la toma de decisiones, la calidad y los resultados.

GUÍAS FIABLES

En 2008, el IOM suscribió un contrato con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para identificar "los mejores métodos utilizados en el desarrollo de guías de práctica clínica a fin de asegurar que las organizaciones que desarrollan dichas guías tengan información sobre enfoques que sean objetivos, científicamente válidos y coherentes" (Institute of Medicine, 2011b, p.1/para. 2). El informe resultante del IOM (2011), *Clinical Practice Guidelines We Can Trust* (guías de práctica clínica en las que podemos confiar), proporcionó una definición revisada de una guía de práctica clínica basada en la evidencia, incluyendo recomendaciones sobre lo que debería implicar una guía y ocho normas para el desarrollo de guías. Las recomendaciones del IOM sobre guías fiables (2011a) incluían lo que estas deberían considerar:

- Basarse en una revisión sistemática de la evidencia existente.
- Ser desarrolladas por un panel multidisciplinario y bien informado de expertos y representantes de los principales grupos afectados.
- Considerar subgrupos de pacientes importantes y las preferencias de los pacientes, según corresponda.
- Basarse en un proceso explícito y transparente que minimice las distorsiones, los sesgos y los conflictos de intereses.
- Proporcionar una explicación clara de las relaciones lógicas entre las opciones de atención alternativa y los resultados de salud, y proporcionar calificaciones tanto de la calidad de la evidencia como de la fuerza de las recomendaciones.
- Ser reconsideradas y revisadas según corresponda cuando haya nuevas e importantes evidencias que justifiquen la modificación de las recomendaciones.

Las ocho normas para guías fiables propuestas por el comité y que se derivan de estas recomendaciones abordan lo siguiente (IOM, 2011a):

- Transparencia
- Gestión de conflictos de intereses
- Composición del grupo de desarrollo de guías
- Guía de práctica clínica - Intersección de revisiones sistemáticas
- Establecer bases empíricas y calificar la solidez de las recomendaciones
- Articulación de las recomendaciones
- Revisión externa
- Actualización

Se puede encontrar más información sobre estas normas en Health and Medicine Division of the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (antes IOM), http:// www.nationalacademies.org/hmd/.

GUÍAS 2.0

Las conclusiones del IOM que dieron lugar a los Standards for Trustworthy Guidelines, las normas para unas guías fiables (2011), así como muchas otras revisiones de los métodos de elaboración de guías, pusieron de relieve la necesidad de una revisión y documentación sistemáticas de los diversos procesos de elaboración de guías de que disponen las organizaciones (Qaseem et al., 2012; Schünemann et al., 2007; Woolf et al., 2012). Aunque sí se dispone de muchos manuales para organizaciones individuales como complemento de las ocho normas del IOM, no se disponía de una lista completa de temas a considerar en relación con cada una de las normas a escala internacional. El Grupo de Trabajo de la Red Internacional de Guías (Guideline International Network, GIN, por sus siglas en inglés) compiló sistemáticamente y puso a disposición de los encargados de elaborar las guías una lista de verificación exhaustiva de elementos y un portal de recursos conexos para que los elaboradores de guías la tuvieran en cuenta en todas las etapas de la elaboración de las guías (Schünemann et al., 2013). El resultado de este trabajo, titulado Guías 2.0, fue una lista completa de 18 puntos de temas a considerar durante el desarrollo de las guías (AGREE Collaboration, 2003), que se describe en la siguiente página:

1. Organización, presupuesto, planificación y formación
2. Establecimiento de prioridades
3. Pertenencia al grupo de guías
4. Establecimiento de procesos del grupo de guías
5. Identificación del público objetivo y selección de temas
6. Participación de los consumidores y los grupos interesados
7. Consideraciones sobre conflictos de intereses
8. Generación de preguntas (PICO)
9. Consideración de la importancia de los resultados y las intervenciones, los valores, las preferencias y los servicios públicos
10. Decidir qué pruebas incluir y buscarlas
11. Resumen de la evidencia y consideración de información adicional
12. Juzgar la calidad, la fuerza o la certeza de un conjunto de evidencias
13. Desarrollo de recomendaciones y determinación de su fuerza
14. Formulación de las recomendaciones y de las consideraciones de implantación, factibilidad y equidad
15. Presentación de informes y revisión por homólogos
16. Difusión e implantación
17. Evaluación y uso
18. Actualización

La consideración de estos 18 temas es crucial a la hora de desarrollar guías fiables, así como a la hora de implantar y/o evaluar dichas guías.

CÓMO SABER QUÉ GUÍAS SON FIABLES: EVALUACIÓN DE LAS GUÍAS

Esta sección describe las diversas herramientas desarrolladas para ayudar a determinar si las guías propuestas son fiables o no, como las herramientas AGREE II y NEATS.

AGREE II

La herramienta AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) fue publicada en 2003 por un grupo internacional de investigadores y profesionales que desarrollan guías, la AGREE Collaboration. La AGREE Collaboration (2003) definió la calidad de las guías como la confianza de que se han abordado adecuadamente los sesgos potenciales del desarrollo de las guías y de que las recomendaciones son válidas, tanto interna como externamente, y son factibles para la práctica. El proceso de evaluación de las guías para determinar la calidad incluye juicios sobre los métodos utilizados para desarrollar las guías, los componentes de las recomendaciones finales y los factores asociados con la implantación.

Para muchas de las nuevas herramientas de evaluación se requería un desarrollo continuo para mejorar sus propiedades de medición, su utilidad para una amplia gama de partes interesadas y su facilidad de uso. La escala de respuesta original de cuatro puntos para cada ítem del instrumento AGREE no cumplía con los estándares metodológicos del diseño de las mediciones de salud, por lo que este incumplimiento amenazó el funcionamiento y la fiabilidad del instrumento (National Guidelines Clearinghouse, s.f.). Los datos sobre la utilidad de los elementos de AGREE no se obtuvieron sistemáticamente de diferentes grupos de usuarios. Como resultado de estas deficiencias, la herramienta se revisó posteriormente y se comprobó su fiabilidad y validez. Ahora comprende 23 ítems organizados en los seis dominios de calidad originales (Brouwers et al., 2010), que se abordan con más detalle en las secciones siguientes.

Uno de los cambios más significativos en la herramienta de evaluación AGREE II es la inclusión de la afirmación "las fortalezas y limitaciones del conjunto de evidencias están claramente descritas" (Brouwers et al., 2010, p. 2) como un elemento de medición en el ámbito del rigor del desarrollo. Se fortaleció el ámbito de la independencia editorial para alentar a que el contenido de la guía no se viera influido por las fuentes de financiación. El conflicto de intereses debe ser registrado y claramente abordado durante el proceso de desarrollo de la guía.

La herramienta de 23 ítems comprende seis dominios relacionados con la calidad de las guías (Brouwers et al., 2010):

- **Dominio 1—**alcance y propósito se refiere al objetivo general de la guía, las preguntas específicas de salud y la población objetivo (puntos 1 a 3).
- **Dominio 2—**participación de los grupos interesados se centra en la medida en que la guía ha sido desarrollada por los grupos interesados y representa las opiniones de los usuarios a los que va dirigida (puntos 4 a 6).
- **Dominio 3—**rigor del desarrollo se relaciona con el proceso utilizado para recopilar y sintetizar la evidencia, así como los métodos para formular las recomendaciones y actualizarlas (puntos 7 a 14).
- **Dominio 4—**claridad de presentación se ocupa de la lengua, estructura y formato de la guía (puntos 15 a 17).
- **Dominio 5—**aplicabilidad se refiere a las barreras y facilitadores probables para la implantación, las estrategias para mejorar la adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en cuanto a recursos (puntos 18 a 21).
- **Dominio 6—**Independencia Editorial se refiere a la formulación de recomendaciones que no estén indebidamente sesgadas con intereses opuestos (puntos 22 y 23).

REFLEXIÓN

¿Cuáles son algunas de las ventajas de tener y utilizar normas internacionales para la elaboración de guías y por qué es importante?

La evaluación general incluye la calificación de la calidad general de la guía y si se recomendaría su uso en la práctica.

El instrumento AGREE II está reconocido como una herramienta internacional para la evaluación de guías. Se determinó un ciclo de revisión de 10 años y las actualizaciones se completaron en septiembre de 2013, lo que no dio lugar a nuevos cambios en la herramienta. Se han creado otras herramientas de evaluación y listas de verificación de AGREE, que se analizarán más a fondo en la sección sobre la alineación de procesos rigurosos de síntesis de evidencias.

NEATS

La NGC (National Guidelines Clearinghouse) ha creado un repositorio global de guías y, para asegurar que solo las guías fiables y creíbles se encuentren dentro del repositorio, la NGC ha alineado sus criterios de inclusión con las normas del IOM y de GIN 2.0. Todas las guías presentadas deben incluir una revisión sistemática publicada en los últimos 5 años. Los resultados de la evaluación de las guías están publicados en la página web de la NGC. Con el fin de evaluar las guías según las normas del IOM, la NGC, en colaboración con el AGREE Research Trust y otras entidades, creó una nueva herramienta de evaluación, el Instrumento del Centro Nacional de Intercambio de Información sobre las Guías para la Ampliación de la Adhesión a Normas Fiables (National Guideline Clearinghouse Extent Adherence to Trustworthy Standards Instrument, en adelante NEATS, por sus siglas en inglés). Cada elemento de las ocho normas y subnormas se clasifica usando una escala binaria de Likert de cinco puntos que va desde la más baja hasta la más alta adherencia a la norma.

RNAO Y LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

Las Guías de Buenas Prácticas de RNAO se desarrollan sistemáticamente, con declaraciones basadas en la evidencia que incluyen recomendaciones para enfermeras y el equipo clínico interprofesional, administradores, educadores, legisladores y pacientes y sus familias para mejorar los resultados en temas específicos clínicos, del sistema y del entorno laboral saludable. Las Guías ofrecen una evaluación de la calidad de la literatura científica relevante y una valoración de los probables beneficios y daños de una intervención en particular, del mismo modo que presentan esta información en recomendaciones específicas para profesionales, organizaciones, educadores y legisladores. Cuando sea apropiado, las recomendaciones de las Guías deben ser inclusivas y generalizables a todos los sectores de la salud (cuidados intensivos, comunidad, cuidados a largo plazo, cuidados continuos complejos y rehabilitación). Estas recomendaciones permiten a los profesionales de la salud planificar y prestar atención a sus pacientes basándose en la mejor evidencia y ayudan a quienes desempeñan funciones educativas, organizativas y de políticas de salud a utilizar la evidencia en sus planes de estudio y en la toma de decisiones relacionadas con las políticas. Las Guías deben ser utilizadas como una herramienta o plantilla para mejorar la toma de decisiones y apoyar la provisión de la mejor atención posible basada en la evidencia. La Figura 2.2 muestra y explica gráficamente los tipos de recomendaciones incluidas en las Guías de Buenas Prácticas clínicas de RNAO. Estas recomendaciones basadas en la evidencia influyen en la práctica a nivel individual y de equipo, así como en las políticas y la formación para asegurar la adopción y el uso sostenido de la Guías.



FIGURA 2.2. Tipos de recomendaciones en las Guías de Buenas Prácticas clínicas de RNAO.
© Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO). Todos los derechos reservados.

REFLEXIÓN

¿Cómo cree usted que las recomendaciones en las tres áreas identificadas (práctica, formación y políticas) afectan al uso individual de las Guías y su adopción y organización a nivel de sistemas?

Las enfermeras, otros profesionales de la salud y los administradores que dirigen y facilitan los cambios en la práctica dicen que las Guías de RNAO son herramientas de recursos muy valiosas para el avance de la práctica clínica basada en la evidencia, y para el desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos de práctica, programas formativos, intervenciones de evaluación y herramientas de documentación. Las enfermeras que proporcionan atención directa dicen que es beneficioso poder revisar las recomendaciones y ver la evidencia que apoya las recomendaciones y el proceso que se utilizó para desarrollar las guías. Como analizaremos en el Capítulo 5, las recomendaciones de las Guías de RNAO para la práctica pueden integrarse fácilmente en las historias clínicas electrónicas. RNAO recomienda que los ambientes de la práctica adapten estas guías en formatos que sean fáciles de usar para los profesionales. En la actualidad hay 53 guías publicadas, una Herramienta para la implantación y un Recurso para educadores para apoyar la implantación. Además, cada año se elaboran nuevas guías adicionales. Las Guías se han organizado en temas que representan áreas clínicas de práctica claves, y de sistema y entornos laborales saludables, como se muestra en los círculos de la Figura 2.3 (marco de organización temática de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO), con las cubiertas de las Guías de esa categoría como muestras. Hasta la fecha, las guías se han traducido al francés, español, italiano, chino, alemán y japonés, con el compromiso de traducir más materiales de forma continua.



FIGURA 2.3. Marco de organización temática de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO.
© Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO). Todos los derechos reservados.

FINANCIACIÓN DE RNAO

Los fondos otorgados a RNAO por el Ministerio de Salud y Cuidados de Larga Duración de Ontario apoyan a todo el equipo que trabaja en el programa, así como a los gastos relacionados con los proyectos de desarrollo de guías (p. ej., reuniones de paneles de expertos, bibliotecarios de servicios sanitarios y recuperación de documentos) y a los costos de impresión y difusión de las guías publicadas. Los miembros del panel de expertos no son remunerados por su tiempo, puesto que RNAO no les proporciona apoyo financiero para que asistan o presenten el trabajo de las Guías de RNAO en conferencias. Todo el dinero de la venta de las versiones impresas de las Guías de Buenas Prácticas se devuelve al programa.

El tiempo necesario para desarrollar una Guía de RNAO es de aproximadamente 14 meses, incluyendo la realización de revisiones sistemáticas. Ver el Apéndice A al final de este capítulo para una descripción detallada de los plazos, las acciones y los resultados durante el proceso de 14 meses.

PROCESO DE DESARROLLO DE LAS GUÍAS DE RNAO EN SIETE PASOS

El proceso de RNAO para el desarrollo de las Guías se ha utilizado durante casi dos décadas y ha demostrado ser una metodología fácil de usar, eficaz y eficiente. A lo largo de los años, cada paso se ha ido modificando según las necesidades para ser coherente con las normas internacionales vigentes de desarrollo de guías y con nuestros propios procesos de mejora de la calidad. Los siete pasos incluyen la selección de temas, el uso de un panel de expertos, la revisión sistemática de la literatura, la formulación de recomendaciones, la revisión de los grupos interesados, la publicación y una revisión de la guía cada 5 años, que produce una nueva versión de las Guías existentes. Cada paso se describe detalladamente en esta sección.

SELECCIÓN DE TEMAS

Los temas de las Guías clínicas de Enfermería de RNAO se seleccionan utilizando una matriz de identificación de prioridades. El Apéndice B al final de este capítulo proporciona un ejemplo de una matriz de identificación de prioridades. El proceso incluye un conjunto de criterios para guiar la evaluación sistemática de una lista seleccionada de temas sugeridos y la retroalimentación de una serie de partes interesadas a través de grupos focales. Una evaluación completa de cada tema, llevada a cabo por un equipo de revisores, conduce a una sugerencia general para el desarrollo de las guías. Cualquier grupo o individuo puede proponerle a RNAO un tema para una guía a través de una variedad de métodos tales como:

1. "Envíe una idea" en el sitio web de RNAO: www.rnao.ca
2. Escribir a la directora ejecutiva de RNAO, al director o a los directores asociados del International Affairs and Best Practice Guidelines Centre (Centro de Asuntos internacionales y Guías de Buenas Prácticas, en adelante centro IABPG, por sus siglas en inglés).
3. Una revisión rápida o exploración ambiental (p. ej., búsqueda de tendencias, temas de actualidad, preocupaciones prácticas).
4. Una encuesta en la que se solicita a las personas que clasifiquen los temas identificados en una escala Likert de cinco puntos.
5. Reportar fuentes (p. ej., investigación del forense, gobierno o agencia relacionada).

RNAO selecciona anualmente temas para la elaboración de guías. Se identifican todos los temas presentados y se eligen un máximo de tres temas prioritarios sobre la base de los siguientes criterios sistemáticos de evaluación.

- Áreas clave prioritarias identificadas por el Ministerio de Sanidad y Atención de Larga Duración de Ontario (MOHLTC).
- Solicitud de la principal agencia de salud pública.
- Investigación forense.
- En el ámbito de la práctica de la Enfermería (enfermeras tituladas, enfermeras especialistas, auxiliares de Enfermería), y aplicable en una serie de ámbitos de práctica.
- Un enfoque multidisciplinario sería apropiado para el desarrollo de las Guías.
- Se basa en una guía previamente desarrollada o en un área temática general.
- Potencial para asociaciones en el desarrollo de Guías con otras agencias (por ejemplo, Heart & Stroke; Canada Health Infoway).
- Necesidad percibida de la guía, identificada por quienes presentan el tema para su consideración.
- La evidencia para apoyar las recomendaciones de la guía está disponible.
- No existe ninguna otra guía de buena calidad sobre el tema.



¿Cuáles son las mejores maneras de determinar los temas para el desarrollo de las guías, qué criterios establecería para tal proceso de selección y por qué?

Después de revisar todas las propuestas que se basan en los criterios anteriores, se crea un informe que describe la primera, segunda y tercera opción de los temas. Los resultados se comparten con el equipo de Guías, se llega a un consenso sobre los temas prioritarios y los resultados se comparten y se someten a la aprobación del director general de RNAO, que informa de los temas seleccionados al Ministerio de Sanidad y Atención de Larga Duración de Ontario.

Cuando se selecciona un tema para el posible desarrollo de nuevas guías, el jefe del equipo de desarrollo de Guías de Buenas Prácticas de RNAO asignado reúne a un grupo de expertos en la materia y a líderes de opinión clave para debatir el contenido pertinente e identificar el alcance y el propósito de la guía. Estos expertos pueden convertirse en miembros potenciales del panel de expertos de RNAO.

Los objetivos del grupo focal son identificar:

- El alcance de la guía propuesta.
- Herramientas y recursos actuales.
- Investigaciones actuales.
- Brechas en la literatura o guías actuales relacionadas con el área temática de las guías propuestas.

Estas personas se reúnen durante una serie de teleconferencias organizadas por RNAO y se comunican por correo electrónico y teléfono. Se plantean preguntas estructuradas y abiertas al grupo y la información que comparten se transcribe y se hace referencia a la misma a lo largo del proceso de desarrollo de la Guía.

PANEL DE EXPERTOS

Composición del panel de expertos

Las enfermeras (tituladas, especialistas y auxiliares de Enfermería) constituyen el 50% del panel de expertos de RNAO, mientras que la segunda mitad son otros profesionales de la salud (trabajadores sociales, dietistas titulados, médicos, fisioterapeutas, etc.) y personas y miembros de la familia con experiencia vivida en el área temática definida. La composición del panel de expertos, siempre que sea posible, representa: 1) experiencia en la materia en la práctica clínica directa y avanzada, investigación, formación, administración y políticas; 2) entornos laborales rurales y urbanos; y 3) el espectro de servicios sanitarios, incluyendo salud pública, atención primaria, cuidados intensivos, atención domiciliaria y atención de larga duración, según corresponda al tema de las guías. Las invitaciones para formar parte del panel se extienden a la Asociación de Enfermeras de Ontario (sindicato de enfermeras tituladas) y a la Registered Practical Nurses Association of Ontario (asociación profesional de auxiliares de Enfermería de Ontario) para garantizar una representación equitativa desde todos los puntos de vista de la Enfermería. Los representantes de las primeras naciones, los inuit, las personas con experiencia de vida y los estudiantes son buscados rutinariamente para su inclusión en el panel. El objetivo es tener la misma representación de cada uno de los cuatro grupos principales (pacientes, médicos de atención directa, investigadores y educadores y representantes a nivel de sistema). RNAO solicita una carta de intención y un currículum vitae del miembro del panel de expertos con una indicación de apoyo de su organización para asegurar el compromiso del individuo y de la organización. Todos los individuos involucrados en el desarrollo de la guía son reconocidos en la guía publicada.

Al principio del proceso de selección del panel, el jefe del equipo de desarrollo de la guía de buenas prácticas de RNAO identifica a dos copresidentes del panel, uno de los cuales debe ser un enfermero preparado con un doctorado y con experiencia en el contenido del tema elegido. El segundo copresidente puede ser de una disciplina que no sea la Enfermería o un representante de la experiencia vivida. Estos individuos ayudan en la selección del panel de expertos y apoyan el funcionamiento efectivo del panel en el proceso de desarrollo de los respectivos cronogramas de los hitos. Los copresidentes del panel se aseguran de que todos los miembros del panel de expertos participen en el proceso de desarrollo de las guías y de que todas las voces sean escuchadas y respetadas. El jefe del equipo de desarrollo de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO asignado a cada Guía trabaja con los copresidentes del panel para facilitar las reuniones de grupo y avanzar en el proceso de desarrollo de la Guía.

Responsabilidades del panel de expertos

Se elabora un documento de términos de referencia para cada panel de expertos de RNAO (ver el Apéndice C al final de este capítulo). Los términos de referencia describen el mandato de RNAO y la estructura del Centro IAGBP, las principales partes interesadas de RNAO que participarán en la guía, el enfoque y el plan para el desarrollo de la guía, incluidos los plazos y las metas. El documento de términos de referencia se distribuye a todos los candidatos del panel antes de que acepten participar como miembros del panel de expertos de RNAO. Los miembros del panel de expertos están obligados a declarar cualquier conflicto de intereses.

La duración de cada panel de expertos en desarrollo de guías es de aproximadamente 14 meses, con el compromiso de reunirse dos veces en persona y a través de teleconferencias, según sea necesario. En general, las responsabilidades de los miembros del panel de expertos incluyen el desarrollo de:

- **Recomendaciones para la práctica—**declaraciones de buenas prácticas basadas en la mejor evidencia disponible y en el consenso de los expertos.
- **Recomendaciones para la formación—**declaraciones de los requisitos de formación y las estrategias o enfoques para la formación de los profesionales de la salud para introducir e implantar las Guías.

- **Recomendaciones para la organización y las directrices—**declaraciones de las condiciones necesarias para la buena implantación de la Guía por parte de una organización de servicios sanitarios o una organización académica. Las condiciones para el éxito son en gran medida responsabilidad de la organización e influyen en la política y los procedimientos locales, aunque pueden tener implicaciones para la política a un nivel más amplio.
- **Criterios de evaluación—**indicadores utilizados para evaluar la Guía en la práctica, que incluyen indicadores de estructura, de proceso y de resultados para organizaciones, enfermeras y pacientes, así como medidas para el costo económico y la utilización de recursos.
- **Herramientas de implantación—**herramientas orientadas al usuario para facilitar la implantación de las recomendaciones de la Guía, que se adjuntan a la guía. Las herramientas pueden estar dirigidas al personal de Enfermería, estudiantes de Enfermería u otros profesionales de la salud.
- **Hojas informativas de educación para la salud—**folletos en un lenguaje sencillo que destacan información clave de la guía y que son utilizados por enfermeras y otros profesionales de la salud para educar a los pacientes, a sus familias y al público en general (ver Apéndice D al final de este capítulo).
- **Brechas e implicaciones de la investigación—**identificación de las brechas en la evidencia actual y sugerencia de áreas para la investigación futura.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

La primera guía de RNAO se publicó en 2001 y en ese momento, las guías se elaboraban utilizando revisiones bibliográficas exhaustivas. A partir de 2012, las Guías de RNAO se han basado en revisiones sistemáticas de las pruebas, puesto que este enfoque tiene la intención de crear guías basadas en revisiones rigurosas y sistemáticas y asegura que las recomendaciones se basen en la evidencia empírica y no en el juicio clínico. En ausencia de pruebas científicas, puede haber casos en los que las recomendaciones se basen en el consenso de los paneles de expertos.

Se identifica un subgrupo de trabajo de revisión sistemática dentro de los miembros del panel de expertos sobre la base de sus habilidades e intereses. Este subgrupo es responsable de ayudar con el desarrollo y presentación de un manuscrito de la revisión sistemática completa para desarrollar la nueva guía. Las responsabilidades específicas de este subgrupo incluyen el esbozo del proceso utilizado para la revisión sistemática, los parámetros de búsqueda de literatura, los tipos de estudios (es decir, el diseño del estudio) y la lista de referencias asociada de los estudios y hallazgos incluidos. Los miembros del subgrupo de trabajo de revisión sistemática se enumeran como autores en el manuscrito presentado con los participantes miembros del Centro de IAGBP asignados al desarrollo de las guías (por ejemplo, el jefe del equipo de desarrollo de la Guía de buenas prácticas de RNAO y el Asociado de Investigación en Enfermería). Las revisiones sistemáticas publicadas (Almost et al., 2016; Harripaul-Yhap, Dusek, Pearce, & Lloyd, 2015; Hirst et al., 2016; Legere et al., 2017; Recalla et al., 2013; Sharma, Bamford, & Dodman, 2016; Suva et al., 2015; Wilding & Wagner, 2012; Ye et al., 2017) son recursos fundamentales basados en la evidencia a los que acceden con frecuencia las enfermeras y otras partes interesadas en el área temática.

Identificar el alcance, los términos de búsqueda y las bases de datos

En la primera reunión de desarrollo de guías (es decir, el lanzamiento del panel de expertos), el panel de expertos revisa el propósito y el alcance de la guía, incluyendo cualquier sugerencia de los grupos focales. El propósito y el alcance se refinan para describir los objetivos específicos, las preguntas de investigación abordadas por la guía y el público destinatario. Los criterios de inclusión y exclusión, los términos y

palabras clave de búsqueda y las bases de datos de búsqueda se identifican durante la primera reunión para guiar la búsqueda de literatura. Se contrata a un bibliotecario de ciencias de la salud para que siga desarrollando la estrategia de búsqueda. Los plazos para el desarrollo de las guías y el calendario de reuniones son programados por el jefe del equipo de desarrollo de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO junto con el panel de expertos.

Utilizar las guías existentes

Antes del lanzamiento por el panel de expertos, el jefe del equipo de desarrollo de Guías de Buenas Prácticas de RNAO trabaja con los Asociados de Investigación en Enfermería (NRA, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo una amplia búsqueda en internet de las guías existentes sobre el área temática definida. Se busca en una lista establecida de sitios web de prácticas basadas en la evidencia y de desarrolladores de guías conocidos mediante un conjunto de términos de búsqueda preliminares. Esta lista de sitios web de prácticas basadas en la evidencia y de profesionales que desarrollan guías conocidos se revisa anualmente y los cambios son realizados por el Centro de IAGBP de RNAO, basándose en las recomendaciones del equipo de desarrollo de Guías de Buenas Prácticas de RNAO.

Las guías recuperadas se preseleccionan utilizando los criterios de inclusión de normas establecidos, entre los que se incluyen:

- Publicación en inglés
- Desarrollado dentro del marco de tiempo identificado por el panel de expertos
- Estrictamente sobre el área temática
- Basado en la evidencia
- Disponible y accesible para su recuperación

Las guías son revisadas y evaluadas de forma independiente por dos revisores del equipo de desarrollo de guías mediante el Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument (AGREE II) (www.agreetrust.org). El instrumento AGREE II evalúa el proceso de desarrollo de guías de práctica clínica y la calidad de los informes. Las guías de alta calidad se presentan al panel de expertos para su examen como evidencia. Los miembros del panel de expertos tienen instrucciones de:

1. Sugerir cualquier otra guía que no haya sido identificada por el equipo de desarrollo de la guía.
2. Revisar la guía y considerar las siguientes preguntas:
    a. ¿Existen guías que traten el tema identificado? En caso afirmativo, ¿incluye la(s) guía(s) existente(s) las mismas preguntas específicas en las que está interesado el panel de expertos?
    b. Si la guía incluye información en la que el panel de expertos está interesado, pero parece obsoleta, ¿debería ser utilizada pero actualizada y/o ampliada utilizando los hallazgos de la búsqueda bibliográfica?
    c. Si existe una guía y su contenido responde a una o más de las preguntas específicas en las que el panel de expertos está interesado y utiliza información actual basada en la evidencia, ¿debería incluirse o aprobarse en el desarrollo del contenido o las recomendaciones de la guía de RNAO?
    d. Teniendo en cuenta el contenido y las preguntas formuladas en las guías existentes que se están evaluando, ¿hay lagunas que la guía de RNAO que se está elaborando pueda subsanar? Los vacíos incluyen: alcance de las preguntas, poblaciones objetivo, calidad de la evidencia que apoya la guía y si la guía incluye recomendaciones específicas para enfermeras.

Las guías seleccionadas para su inclusión son utilizadas por el panel de expertos con la literatura científica asociada y otros recursos como evidencia para redactar recomendaciones de guías.

Formular las preguntas clínicas utilizando PICO

Dadas las guías existentes y las lagunas de conocimiento que persisten, el panel de expertos desarrolla preguntas de investigación específicas. Cuando procede, las preguntas de investigación se estructuran utilizando el formato PICO (Patients, Intervention, Comparison, Outcomes) (Fineout-Overholt & Johnston, 2005):

- **P**acientes o población a la que se aplica la pregunta.
- **I**ntervención (o prueba de diagnóstico, exposición, factor de riesgo, etc.) que se está considerando en relación con estos pacientes.
- **C**omparación(es) a realizar entre los receptores de la intervención y otro grupo que no la recibe.
- **R**esultado(s) a utilizar para establecer la magnitud de cualquier efecto causado por la intervención.

Identificar y seleccionar la evidencia

Una estrategia de búsqueda y una búsqueda bibliográfica son realizadas por un bibliotecario de ciencias de la salud basándose en las preguntas de investigación y los criterios de inclusión proporcionados por el panel de expertos de RNAO. Todas las referencias se descargan en una base de datos de gestión de referencias y la estrategia de búsqueda se documenta en la oficina central de RNAO con el propósito de transparencia y referencia futura. Se solicita al panel de expertos que presente cualquier estudio de investigación potencialmente relevante, como artículos de búsqueda manual. Los estudios identificados se envían al jefe del equipo de desarrollo de la guía de mejores prácticas de RNAO, quien luego cruza las referencias de estos estudios con los resultados de la búsqueda del bibliotecario, utilizando los mismos criterios predefinidos de inclusión y exclusión.

RNAO emplea a seis Asociados de Investigación de Enfermería (NRA) preparados por la maestría a tiempo completo y formados en revisiones sistemáticas. Dos NRA inician la revisión de la literatura, guiados por el siguiente proceso de identificación y selección de la evidencia, que sigue los pasos estándar de un riguroso proceso de revisión sistemática:

- Dos NRA (un revisor principal y un segundo revisor) revisan de forma independiente los títulos de los artículos y los resúmenes para decidir si deben incluirse o excluirse siguiendo los criterios de inclusión.
- Se comparan los resultados de "título y resumen" seleccionados por los NRA. Un tercer revisor actúa como "desempate" para resolver cualquier discrepancia cuando los revisores difieren en su decisión con respecto a la inclusión del estudio.
- Se recuperan los artículos completos de los estudios seleccionados para su inclusión. Dos NRA revisan de forma independiente los artículos completos para determinar si son relevantes para la pregunta de investigación clínica. Esta etapa se conoce como "revisión de relevancia". Las discrepancias son resueltas por un tercer revisor.
- Durante el proceso de selección, el revisor principal hace un seguimiento de las decisiones relacionadas con el estado de inclusión y exclusión de cada estudio y las razones de estas decisiones. Las decisiones y los motivos de inclusión y exclusión se registran para mantener una pista de auditoría.

Este proceso se repite para cada pregunta de investigación clínica, dando lugar a varias revisiones sistemáticas por guía.

Evaluar la evidencia

La fiabilidad interjueces (McHugh, 2012) debe determinarse entre los dos NRA antes de la evaluación de la calidad y la extracción de datos de los artículos. La fiabilidad interjueces se refiere a la coherencia del acuerdo en las puntuaciones de la evaluación de la calidad entre los dos NRA. La fiabilidad interjueces o el cálculo kappa debe ser mayor o igual al 80%. Cuando se establece la fiabilidad entre los evaluadores, el revisor principal y el segundo revisor evalúan la calidad de los artículos utilizando herramientas de evaluación estandarizadas (ver Apéndice E al final de este capítulo). Las calificaciones de calidad de cada artículo son documentadas por los NRA en una plantilla electrónica. Una tabla de datos final de estudios y sus clasificaciones de calidad correspondientes se envían al jefe del equipo de desarrollo de RNAO.

REFLEXIÓN

¿De qué manera una revisión sistemática refuerza una Guía y da confianza al usuario acerca de sus recomendaciones? ¿Si las hay, cuáles son las ventajas de incorporar una revisión sistemática en el proceso de desarrollo?

Tablas de extracción de datos e informe final

Los NRA elaboran tablas de extracción de datos para las preguntas de investigación. El jefe del equipo de desarrollo de guías utiliza estas tablas para redactar un borrador de las recomendaciones para la práctica, la formación y las directrices y la organización de la guía. El informe final consta de resúmenes y apéndices de las tablas de extracción de datos, preparados por los NRA. El manuscrito de revisión sistemática califica la metodología de la revisión, escrita por los NRA a medida que avanza la revisión, de acuerdo con las guías de presentación para la revista específica elegida por el grupo de trabajo.

FORMULAR RECOMENDACIONES SOBRE LAS GUÍAS

Niveles de evidencia

A cada recomendación de la guía se le asigna un nivel de evidencia basado en el tipo de estudio de investigación realizado que produjo la recomendación (ver Apéndice F al final de este capítulo).

Creación de un consenso para las recomendaciones para la práctica, la formación y las directrices y organización.

Después de que el líder de desarrollo de las guías redacte las recomendaciones y los resúmenes de evidencia, el panel de expertos revisará los documentos y llegará a un consenso sobre las recomendaciones para su inclusión en las guías. RNAO ha optado por utilizar la técnica de Delphi modificada para apoyar la creación de un consenso sobre las recomendaciones para la guía.

Proceso de Delphi modificado

La técnica Delphi se ha utilizado en muchos campos, incluyendo la ciencia y la tecnología, la prevención de la guerra, el progreso espacial, las políticas públicas, la educación y la salud desde la década de 1950, y fue publicada oficialmente por primera vez en 1963 (Dalkey & Helmer, 1963). La técnica Delphi es un enfoque de pronóstico que se basa en los resultados de varios conjuntos de preguntas, cuyos resultados se combinan y comparten en otra iteración para que un panel de expertos responda hasta que se alcance un consenso. Sin embargo, se da un número de variaciones, por lo que en estos casos la técnica se conoce como Delphi modificado. El enfoque de Delphi modificado se ha utilizado en la atención sanitaria para desarrollar recomendaciones y guías como una alternativa a las reuniones convencionales, evitando problemas que surgen de personalidades poderosas, presiones de grupo y los efectos del estatus.

La estructura jerárquica de las profesiones de la salud, en las que los profesionales más jóvenes pueden ser reacios a cuestionar la opinión de sus mayores, ha llevado a que la técnica Delphi se emplee cada vez más en Enfermería e investigaciones similares (Williams & Webb, 1994). La estructura y el sentido de dirección de la técnica proporcionan un enfoque y evitan discusiones y digresiones entrópicas y a menudo contraproducentes, comunes en las discusiones de grupo cara a cara. Con frecuencia se utiliza un enfoque de Delphi modificado para el desarrollo de recomendaciones y otras actividades de participación de los grupos interesados. A través de una revisión colaborativa, retroalimentación individual y discusión de los borradores de recomendaciones, evidencia actual y vacíos de evidencia, el panel de expertos determina el conjunto final de recomendaciones, como se muestra en la Figura 2.4.

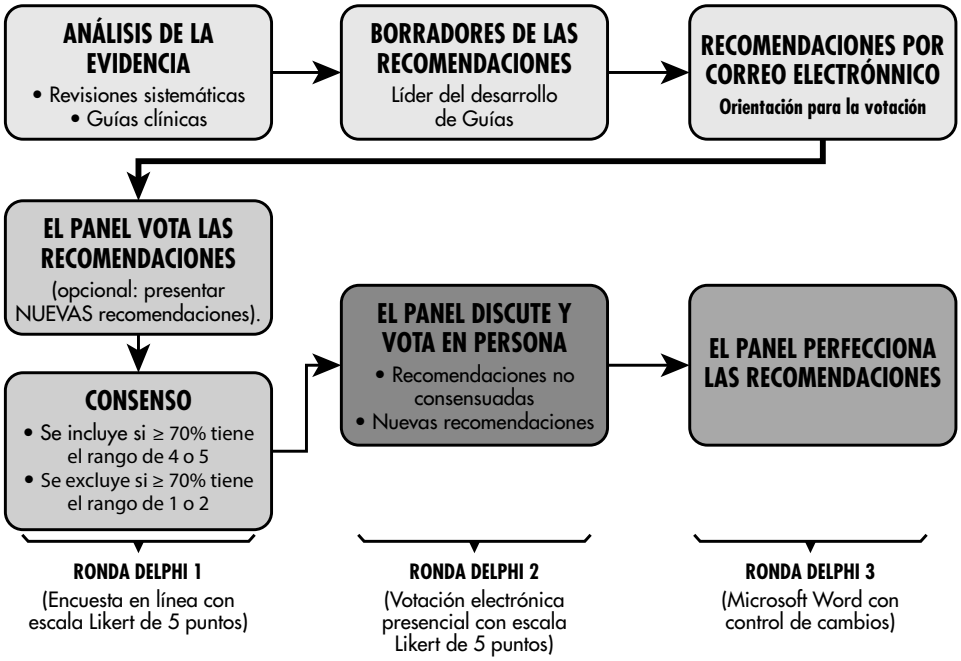


FIGURA 2.4 Proceso de construcción de Guías de recomendaciones de RNAO utilizando la técnica Delphi modificada.
© Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO). Todos los derechos reservados.

Lagunas en la investigación e implicaciones futuras

Las recomendaciones de las guías pueden basarse en pruebas cualitativas y cuantitativas de investigación y/o la opinión de un experto. En el proceso de revisión de la evidencia, el panel de expertos para el desarrollo de las guías identifica el vacío en la literatura de investigaciones pertinentes al área temática de las guías. Al considerar esta ausencia de investigación, el panel de expertos puede identificar áreas de investigación prioritarias y enumerarlas en la Guía. La lista, aunque no es exhaustiva, es un intento de identificar y priorizar algunas de las brechas de conocimiento más importantes en el área.

REVISIÓN DE LOS GRUPOS INTERESADOS

Como un componente del proceso de desarrollo de las guías, RNAO está comprometida a obtener retroalimentación de los proveedores de atención de salud en una amplia gama de entornos de práctica, administradores informados, financiadores de servicios sanitarios y asociaciones de partes interesadas en todo Canadá y a nivel internacional. Una vez que se completan las recomendaciones, el borrador de la guía se presenta a una serie de partes interesadas externas para su revisión y retroalimentación. En cada guía se incluye un reconocimiento de los revisores.

Composición de los grupos interesados

Los revisores de los grupos interesados pueden ser personas con experiencia en el área relevante de la guía o personas involucradas en la implantación de las guías o afectadas por su implantación (por ejemplo, enfermeras de atención directa, estudiantes de Enfermería, médicos, equipo interprofesional, enfermeras ejecutivas, etc.).

RNAO recluta a los revisores de los grupos interesados de diversas maneras. Se pide a los miembros del panel de expertos de RNAO que envíen la información de contacto de sus colegas, compañeros de trabajo y pacientes, al responsable del desarrollo de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO, y se les invita a ser partes interesadas. Así, las personas pueden inscribirse para convertirse en revisores de los grupos interesados a través de un formulario de inscripción en línea en el sitio web de RNAO; además, este formulario en línea puede ser difundido a través de los medios de comunicación social o en los eventos de RNAO para solicitar revisores. El sitio web de RNAO ofrece una breve descripción de la Guía e invita a los revisores a proporcionar su información de contacto para recibir la Guía cuando esté lista para la revisión de los grupos interesados. Los nombres de todos los revisores interesados se compilan en una base de datos y se accede a ellos cuando la Guía está lista para la revisión. El objetivo es reclutar un mínimo de 50 revisores que representen una variedad de entornos de práctica de jurisdicciones locales, provinciales, nacionales e internacionales.

REFLEXIÓN

¿De qué manera los revisores de los grupos interesados contribuyen de manera importante a la calidad de las Guías y a su adopción?

Cronología

Los revisores de los grupos interesados tienen 2 semanas, a partir del momento en que reciben la guía, para responder. En general, se pide a los revisores de los grupos interesados que dediquen aproximadamente de 3 a 4 horas a revisar la guía y a proporcionar retroalimentación por escrito.

Retroalimentación de los grupos interesados

La retroalimentación de los revisores externos es recopilada por el líder del equipo de desarrollo de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO utilizando un breve cuestionario. Los revisores completan un formulario en línea; sin embargo, las personas también tienen la opción de proporcionar sus comentarios por correo o fax.

El cuestionario enumera todas las recomendaciones y pregunta al revisor si la recomendación es clara (sí/no) si el revisor está de acuerdo con la recomendación (sí/no) y si el apoyo de la evidencia es completo (sí/no). También se proporciona una sección para comentarios generales e impresiones generales pidiendo a los revisores que consideren las siguientes tres preguntas:

- ¿Existen lagunas significativas en las recomendaciones que usted cree que deberían incluirse en esta guía? En caso afirmativo, por favor, proporcione detalles de las deficiencias que haya detectado.
- Se han incluido apéndices en el proyecto de guía para apoyar su aplicación. ¿Son apropiados? ¿Están basados en la evidencia? ¿Existen lagunas en el contenido proporcionado?
- ¿Hay algo más que quiera comentar para fortalecer este documento? Por ejemplo, sobre el contenido (contexto de fondo, vacíos en la investigación, indicadores de seguimiento), el formato (fluidez, facilidad de lectura, terminología/idioma, etc.). No dude en comentarlo en el espacio de abajo.

La retroalimentación de los grupos interesados es recopilada por el jefe del equipo de desarrollo de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO y revisada con el panel de expertos de RNAO. Cada punto es tratado y discutido por el panel de expertos de RNAO, y se toma nota de cualquier cambio en la guía. Si no se hacen cambios a las guías como resultado de la revisión de los grupos interesados, se registran las razones. Una vez que se hayan abordado todos los comentarios y que el panel de expertos de RNAO haya llegado a un consenso sobre las revi-

siones, el documento estará listo para su producción a través de la edición y el diseño. La documentación del proceso de revisión de los grupos interesados se mantiene en la oficina de RNAO para mayor transparencia y referencia futura.

PUBLICACIÓN Y DIFUSIÓN

Edición, diseño y publicación

Antes de su publicación, la guía es editada profesionalmente y luego enviada a una empresa de diseño. Después de la aprobación final, el documento PDF se publica en el sitio web de RNAO y se imprime. Las copias impresas están disponibles para su compra, y una versión electrónica gratuita está disponible para su descarga en el sitio web de RNAO, www.RNAO.ca. Se distribuyen copias impresas gratuitas a todos los miembros del panel de expertos y a los revisores de los grupos interesados, con una carta de agradecimiento y reconocimiento por su valiosa contribución al proceso de desarrollo de la Guía. Para la difusión de la guía, se envía a la NGC y a la GIN para que se alojen en sus bases de datos de guías. RNAO participa en varias otras actividades de difusión y aplicación que se examinan en otros capítulos.

Anunciación del lanzamiento de la nueva guía

La anunciación de una guía completa se hace coincidir con otros eventos locales, provinciales, nacionales o internacionales de importancia. Dependiendo del perfil del tema, RNAO considera la necesidad de realizar una conferencia de prensa independiente, a la que a veces asiste incluso un ministro de salud u otros (Di Costanzo, 2014). Otros lugares incluyen una gran conferencia en la que se presenta la Guía al público. La anunciación resalta los elementos centrales de la guía y dirige a la audiencia al sitio web de RNAO: www.RNAO.ca, también se anima a los miembros del panel de expertos a compartir la nueva guía dentro de sus organizaciones. Cada nueva guía entra en el rico protocolo de difusión de RNAO, incluyendo: la revista de RNAO *Registered Nurse Journal* y la revista mensual *In the Loop*, el sitio web de RNAO, seminarios web, una aplicación con una versión de la guía de libre acceso en línea, fichas técnicas de educación en salud y presentaciones en conferencias para apoyar la aceptación. Todas estas estrategias de difusión se discuten en capítulos futuros.

ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA

RNAO se ha comprometido a revisar las Guías cada 5 años tras la publicación de la última edición de la siguiente manera:

1. Cada Guía de Enfermería será revisada por un equipo de especialistas (panel de expertos de RNAO) en el área temática.
2. Durante el período entre el desarrollo y la publicación de una nueva edición, el personal del Centro IAGBP de RNAO seguirá regularmente la literatura nueva y relevante sobre ese campo.
3. Con base en los resultados de este seguimiento, el personal del Centro IAGBP de RNAO, en consulta con los miembros del panel de expertos original de RNAO y otros especialistas y expertos en el campo, puede recomendar que la guía sea revisada y corregida antes del periodo de revisión de 5 años.
4. Tres meses antes del hito de la revisión, el jefe del equipo de desarrollo de Guías de Buenas Prácticas de RNAO comenzará la planificación del proceso de revisión mediante el desarrollo de un plan de trabajo detallado con fechas límite y resultados para el desarrollo de una nueva edición de la guía.

MEJORAS EN EL DESARROLLO DE LAS GUÍAS

RNAO sigue mejorando sus procesos de elaboración de guías, haciéndolos lo más rigurosos posible. Como se discutió anteriormente en este capítulo, se han hecho cambios en los procesos de revisión sistemática, en la composición del panel de expertos y en la construcción de recomendaciones. El perfeccionamiento de la estructura de recomendaciones mediante un proceso Delphi modificado y la incorporación de la clasificación de las recomendaciones son dos nuevos procesos que se han introducido para reforzar las recomendaciones. El proceso Delphi ha sido discutido anteriormente en este capítulo, y esta sección se centrará en la clasificación de las guías.

CLASIFICACIÓN DE LAS GUÍAS

La clasificación de las recomendaciones fue un proceso utilizado por las organizaciones con un enfoque definido en el nivel y la calidad de la evidencia o el tipo de estudio utilizado para apoyar esa evidencia. Muchas organizaciones utilizan sistemas formales para calificar la evidencia, incluyendo la consideración de varios factores contextuales y recomendaciones siendo esto importante para los clínicos. A medida que las organizaciones utilizaban diferentes métodos para denotar recomendaciones sólidas o de alto grado, se volvió confuso e inconsistente para los médicos y otros determinar por qué una guía consideraba sólida una recomendación en particular, mientras que otras, basadas en la misma evidencia, no lo hacían. Esto provocó la necesidad de un enfoque estructurado para identificar, evaluar e implantar una metodología de clasificación de las recomendaciones.

Se debe utilizar con precaución una metodología de clasificación de las recomendaciones basada únicamente en el nivel de evidencia que respalda esa recomendación, debido a que existen limitaciones en la disponibilidad de evidencias de Tipo 1 (ECA, Ensayos Controlados Aleatorizados). Por ejemplo, existen amplios hallazgos observacionales que apoyan el lavado de manos para reducir las tasas de infección; sin embargo, no existen ensayos controlados aleatorizados que muestren resultados similares. Alternativamente, existen datos sólidos de ensayos controlados aleatorizados que muestran que la solución desinfectante para manos a base de alcohol es mejor para reducir las tasas de infección que el uso de guantes de látex. Por lo tanto, la recomendación de lavarse las manos, de suma importancia en el control de infecciones, se basa en pruebas más débiles (hallazgos observacionales) en comparación con el método de limpieza (ECA). La mayoría estaría de acuerdo en que es más importante que las manos se laven independientemente del método elegido.

GRADE

A nivel mundial, los profesionales que desarrollan las guías clasifican de manera inconsistente la calidad de la evidencia y la calidad de las recomendaciones, creando así desafíos para los usuarios de las guías a la hora de interpretar el sistema de clasificación y el contenido relacionado. Para entender los métodos, el sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation, en español Clasificación de recomendaciones, valoración, desarrollo y evaluación), reportado por primera vez en 2004, es ventajoso por las siguientes razones (Atkins et al., 2004):

- Está desarrollado por un grupo ampliamente representativo de profesionales que desarrollan guías internacionales.
- Clara separación entre la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones.
- Evaluación explícita de la importancia de los resultados de las estrategias de gestión alternativas.
- Criterios exhaustivos para la degradación y mejora de la calidad de las calificaciones de la evidencia.
- Transparencia en el proceso de pasar de la evidencia a las recomendaciones.

- Análisis sobre beneficios, daños, valores y preferencias.
- Interpretación pragmática de las recomendaciones fuertes frente a las débiles para los médicos, los pacientes y los legisladores.
- Aplicabilidad a revisiones sistemáticas y evaluaciones de tecnología sanitaria.

En 2006, el *BMJ* solicitó en sus "Instrucciones a los autores" en bmj.com que los autores utilizaran preferentemente el marco de trabajo GRADE cuando enviaran un artículo de guía clínica después de su publicación (Guyatt et al., 2008). Esto resalta la importancia de los marcos de evidencia que van más allá del nivel o la calidad de la evidencia para establecer claramente la fuerza de una recomendación.

La fuerza de las recomendaciones se basa en la calidad de la evidencia de apoyo, el grado de incertidumbre sobre el equilibrio entre efectos deseables e indeseables, el grado de incertidumbre o variabilidad en los valores y preferencias y el grado de incertidumbre sobre si la intervención representa un uso racional de los recursos.

Las recomendaciones fuertes implican que la mayoría de las personas se beneficiarán más con el curso de acción recomendado, en el que el panel está seguro de que:

- Los efectos deseables de una intervención superan a sus efectos indeseables (recomendación fuerte para una intervención), o
- Los efectos indeseables de una intervención superan a sus efectos deseables (recomendación fuerte en contra de una intervención).

Las recomendaciones débiles son aquellas para las cuales el panel cree que:

- Los efectos deseables probablemente superan a los efectos indeseables (recomendación débil para una intervención)
- Los efectos indeseables probablemente superan a los efectos deseables (recomendación débil contra una intervención), pero existe una incertidumbre apreciable.

La calidad de las pruebas se clasifica como alta, moderada, baja o muy baja, según la probabilidad de que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. El enfoque GRADE se basa en una evaluación secuencial de la calidad de la evidencia, seguida de un juicio sobre el equilibrio entre los efectos deseables e indeseables y una decisión posterior sobre la fuerza de una recomendación. Separar los juicios sobre la calidad de la evidencia de los juicios sobre la fuerza de las recomendaciones es una característica crítica y definitoria del marco de GRADE. GRADE hace hincapié en la necesidad de reconocer los valores y preferencias que subyacen a las recomendaciones y postula un enfoque sistemático para clasificar las recomendaciones que pueda minimizar los sesgos y la interpretación de la ayuda.

A diferencia de otras evaluaciones, el marco GRADE enfatiza que las recomendaciones débiles frente a la evidencia de alta calidad son comunes debido a factores distintos a la calidad de la evidencia que influyen en la fuerza de una recomendación. Por la misma razón, apoya recomendaciones fuertes basadas en la evidencia de estudios observacionales. La aparición de la "evidencia del mundo real" o los datos observacionales, incluida la investigación cualitativa, es necesaria para apoyar la identificación de las intervenciones que son efectivas y no modificables en la metodología de los ECA. La Red Escocesa Intercolegiada sobre Guías de Práctica Clínica (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN por sus siglas en inglés) publicó una declaración de directrices en 2013 al pasar de su sistema anterior de asignación de calificaciones con letras (ABCD), basado principalmente en el nivel de evidencia (I-IV), a la metodología GRADE. Otras

organizaciones de guías, como el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), han seguido, y hasta la fecha más de 100 organizaciones de 19 países han aprobado o utilizado GRADE (grupo de trabajo GRADE, 2017). El NICE es un organismo público independiente que proporciona orientación nacional basada en la evidencia y recomendaciones formuladas por comités independientes sobre una amplia gama de temas relacionados con la salud y la asistencia social en Inglaterra.

GRADE CERQual

La Confianza en la evidencia de las revisiones de la investigación cualitativa (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research, en adelante GRADE CERQual) es un enfoque desarrollado en 2010 para facilitar un método transparente y estándar para la evaluación de la literatura cualitativa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó la necesidad del enfoque CERQual al tratar de elaborar una guía que requiriera evidencia cualitativa. Los miembros de la OMS y otros profesionales internacionales formaron un subcomité del grupo de trabajo de GRADE para determinar los componentes del enfoque y realizar las pruebas. El CERQual requiere la revisión de la evidencia cualitativa para determinar la confianza en los resultados de la investigación, definida como "datos de estudios primarios que describen un fenómeno o aspecto de un fenómeno" (Lewin et al., 2015, p. 3). Los siguientes cuatro componentes se utilizan para determinar la confianza en los hallazgos de la investigación (Lewin et al., 2015):

5. **Limitaciones metodológicas—**identificar cualquier problema en el diseño o la realización de los estudios primarios.
6. **Relevancia—**evaluar el grado de consistencia entre los hallazgos de la investigación para el cuerpo de evidencia y la(s) pregunta(s) de la investigación, específicamente la población, el fenómeno de interés y el entorno.
7. **Coherencia—**determinar si los patrones encontrados en los datos están adecuadamente apoyados y explicados por los hallazgos de la investigación.
8. **Adecuación de los datos—**evaluar la saturación general, la riqueza y la cantidad de datos disponibles para corroborar los hallazgos de la investigación.

La confianza en los hallazgos de la revisión, basada en los cuatro componentes, se atribuye a uno de los cuatro niveles: confianza alta, confianza moderada, confianza baja y confianza muy baja. Cada uno de los niveles representa diferentes grados de confianza en la evidencia que van desde "muy probablemente que las conclusiones de la revisión son una representación razonable del fenómeno de interés" hasta "no está claro si la conclusión de la revisión es una representación razonable del fenómeno de interés" (Lewin et al., 2015, p. 11). Anticipamos que, en el futuro, RNAO incorporará el enfoque de GRADE CERQual en los procesos de desarrollo de las guías.

La aplicación de GRADE por parte de RNAO

La alineación de los marcos de trabajo de GRADE y GRADE CERQual con la metodología de desarrollo de las guías de RNAO ha dado lugar a cambios en los procesos actuales que ya se habían descrito anteriormente. Antes de la revisión sistemática, el equipo de desarrollo realiza ahora un análisis de vacíos para determinar áreas específicas de enfoque para el propósito, alcance, preguntas de investigación y resultados de la guía. Sobre la base de las conclusiones, el panel de expertos informa a estas áreas y finaliza la orientación de la guía. El panel vota sobre las preguntas y resultados de la investigación de PICO para asegurar que las áreas de mayor prioridad sean tratadas en la guía. El bibliotecario de ciencias de la salud continúa realizando una extensa búsqueda bibliográfica. Una vez finalizada, dos NRA realizan de forma independiente la selección de títulos y resúmenes y la revisión de la relevancia.

La evaluación actual de la evidencia, incluyendo las herramientas de evaluación de la calidad (por ejemplo, CASP, AMSTAR) está siendo reemplazada por los procesos descritos en los enfoques GRADE y GRADE CERQual. Las tablas de extracción de datos se están transformando en los perfiles de evidencia y en los resúmenes de las tablas de hallazgos descritos por los marcos de trabajo GRADE y GRADE CERQual utilizando el software GRADE pro. El proceso de elaboración de las declaraciones de recomendación ha cambiado y los niveles de evidencia han sido eliminados. En cambio, cada nueva guía a partir de 2018 y las siguientes ediciones de las guías existentes incluyen perfiles y resúmenes de GRADE y CERQual, en los que se describen las recomendaciones y la fuerza de las recomendaciones. El panel de expertos sigue llegando a un consenso sobre las recomendaciones utilizando la técnica de Delphi modificada. En 2017, RNAO puso a prueba esta transición con dos guías clínicas y una de entornos laborales saludables. Esta prueba inicial permitió al equipo de desarrollo de las guías de RNAO evaluar los procesos y modificar los pasos para asegurar una integración eficiente de los marcos de trabajo GRADE y CERQual.

Los temas relevantes para las guías dirigidas por enfermeras son diversos en cuanto a la materia, el alcance, la población y el entorno. Esta dinámica única presenta oportunidades y desafíos. Anticipamos que las revisiones sistemáticas generarán una multiplicidad de diseños de estudio, incluyendo evidencia cuantitativa modificable a metaanálisis, hallazgos observacionales que requieren descripciones narrativas de criterios de GRADE y síntesis cualitativa. Históricamente, cuando la variabilidad se encontraba dentro de un área temática de la guía, los esfuerzos futuros tendían a generar resultados similares. Así, cuando se utiliza literatura cuantitativa y cualitativa, los perfiles de evidencia de GRADE y CERQual se vinculan con la pregunta de investigación respectiva y su resultado para demostrar de manera clara y transparente la base de cada declaración de recomendación.

REFLEXIÓN

¿Cuáles son las ventajas de utilizar la metodología GRADE en el proceso de desarrollo de Guías de RNAO? ¿Ve usted alguna desventaja y, de ser así, cómo podría solventarse?

Evaluación de las recomendaciones clasificadas

Los investigadores de AGREE desarrollaron y validaron la herramienta AGREE REX: AGREE Recommendation EXcellence (AGREE, sin fecha). Este instrumento es un "recurso de conocimiento útil, fiable y válido para complementar AGREE II, sobre la credibilidad clínica y la implementabilidad de las recomendaciones de la guía de práctica" (AGREE, s.f.). El AGREE-REX se compone de 1) un Instrumento de Evaluación, 2) una Guía del Usuario, y 3) una serie de herramientas prácticas (Resource-Rex). Al revisar AGREE-REX y AGREE II, los usuarios pueden notar similitudes con la herramienta NEATS creada por la NGC. La herramienta NEATS intenta determinar la credibilidad clínica y la factibilidad de implantar recomendaciones con algunos de los otros elementos de la metodología de desarrollo de guías que se encuentran en AGREE II.

EVOLUCIÓN DE RNAO EN EL DESARROLLO DE LAS GUÍAS

Este capítulo ha tratado todos los aspectos del riguroso proceso de desarrollo de Guías de RNAO, junto con los antecedentes relevantes para el desarrollo de guías en la atención sanitaria, así como los retos y las soluciones. Se ha incluido nuestro proceso de desarrollo de siete pasos, el uso de tendencias emergentes, nuevas normas y direcciones futuras. Como desarrollador de guías de calidad para la aceptación internacional, RNAO utiliza todos los tipos de estudios en revisiones sistemáticas, incluida la investigación cuantitativa y cualitativa. Esto es necesario para responder mejor a las preguntas que afectan la atención diaria del paciente y captar las intervenciones que pueden mejorar los resultados clínicos y de calidad de vida de los

pacientes. Además, RNAO se ha centrado en tres ámbitos que son fundamentales para lograr resultados: 1) recomendaciones de prácticas clínicas basadas en la evidencia, 2) recomendaciones para la formación con respecto al conocimiento que los clínicos necesitan tener para implantar las buenas prácticas y 3) lo que las organizaciones y/o el sistema de salud necesitan hacer para crear entornos laborales que optimicen la adopción de las mejores prácticas.

La cultura de RNAO es la de una organización de aprendizaje que utiliza constantemente la mejora de la calidad. Como tal, sus procesos de desarrollo de guías no son estáticos y evolucionan a medida que es necesario para alinearse con las normas internacionales. Por ejemplo, RNAO ha pasado de paneles formado únicamente por enfermeras a un 50% de enfermeras para asegurar un enfoque multidisciplinario. RNAO fue una de las primeras en incluir a pacientes y personas con experiencias vividas tanto en la planificación como en el desarrollo de guías como miembros del panel de expertos. Además, RNAO puso en marcha su Patient and Public Engagement Council (Consejo de Pacientes y Participación Pública, en adelante PPEC, por sus siglas en inglés) en 2016, y es la primera asociación de profesionales de Enfermería que lo hace. A través del PPEC, el concepto de ecualización ha sido priorizado y ahora se reflejará en el marco de evidencia que RNAO está creando para denotar una recomendación fuerte.

> *"Habiendo perdido trágicamente a mi hijo por una sobredosis de drogas, ser miembro de las Guías de los servicios supervisados de inyección de drogas le da gran significado y voz a su vida."*
>
> –Cori Chapman, madre de Brad Chapman

Los elaboradores de las guías de RNAO redactan recomendaciones, basadas en la evidencia de la revisión sistemática y en guías de alta calidad, para que el panel examine, perfeccione e identifique las deficiencias. Además, RNAO ha puesto en marcha un sólido proceso de creación de consenso, incluido el Delphi modificado, para garantizar que todas las voces de los miembros del panel sean escuchadas sin la influencia indebida de los miembros dominantes del panel. Estos dos últimos procesos proporcionan una base sólida para la implantación de GRADE. A lo largo de 2017, RNAO ha creado su propio marco de evidencia dirigido por enfermeras y desarrollado para aclarar y distinguir el nivel y la calidad de la evidencia con la fuerza de las recomendaciones. A partir de 2018, todas las ediciones nuevas y próximas ediciones de las guías existentes incluyen perfiles y resúmenes de GRADE y CERQual, en los que se describen las recomendaciones y la fuerza de las recomendaciones.

En 1998, cuando RNAO se embarcó en el trabajo pionero de desarrollo de las Guías y poco después de su implantación y evaluación, había pocos jugadores en el campo, y ciertamente ninguna organización profesional de Enfermería. Ahora, casi dos décadas después, RNAO es reconocida mundialmente por su trabajo de vanguardia en todos los aspectos de la práctica basada en la evidencia, y podría decirse que es la organización a la que hay que recurrir cuando se necesitan guías fiables para abordar cuestiones clínicas y de salud en el entorno laboral que afectan a la práctica de las enfermeras y al público al que atendemos.

RNAO ha logrado estos resultados, en primer lugar, gracias a su atención tenaz a la calidad de las guías y a su capacidad de mejorar continuamente sus procesos para ser cada vez más rigurosos y, al mismo tiempo, fáciles de usar. La adopción de las guías y las diferencias que estas herramientas basadas en la evidencia suponen para los pacientes, así como para los profesionales, las organizaciones y el sistema, son las prioridades fundamentales.

MENSAJES CLAVE

- Las guías de calidad que se adhieren a las normas internacionales de desarrollo ofrecen soluciones para impulsar la calidad de la atención, la eficacia de la práctica y la mejora de los resultados de salud.
- El proceso de desarrollo de las Guías de RNAO no es estático y continuamente incorpora nuevas normas internacionales de guías.
- Las Guías de RNAO incluyen las principales recomendaciones que influyen en la práctica, la formación, las organizaciones y el sistema. También incluyen indicadores de evaluación.
- El uso y el impacto de las Guías de RNAO son facilitados por recursos adicionales basados en la evidencia, incluyendo aplicaciones, resúmenes rápidos, módulos en línea y fichas técnicas de educación en salud.
- Los procesos de desarrollo de las guías siguen avanzando sobre la base de la investigación y las experiencias vividas.

REFERENCIAS

AGREE. (n.d.). *AGREE-REX: Recommendation EXcellence*. Retrieved from http://www.agreetrust.org/agree-research-projects/agree-rex-recommendation-excellence/

AGREE Collaboration. (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project. *Quality & Safety in Health Care*, *12*(1), 18–23.

Almost, J., Wolff, A. C., Stewart-Pyne, A., McCormick, L. G., Strachan, D., & D'Souza, C. (2016). Managing and mitigating conflict in healthcare teams: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(7), 1490–1505. doi: 10.1111/jan.12903

Atkins, D., Eccles, M., Flottorp, S., Guyatt, G. H., Henry, D., Hill, S., . . . GRADE Working Group. (2004). Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: Critical appraisal of existing approaches. *BMC Health Services Research*, *4*(1), 38.

Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., . . . AGREE Next Steps Consortium. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*, *182*(18), E839–E842.

Cochrane Public Health (n.d.). *Unit Eight: Principles of Critical Appraisal.* Retrieved from http://ph.cochrane.org/sites/ph.cochrane.org/files/public/uploads/Unit_Eight.pdf

Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). An experimental application of the DELPHI method to the use of experts. *Management Science*, *9*(3), 458–467.

Di Costanzo, M. (2014, June 13). *Recommendations for first comprehensive nursing guideline on elder abuse released today.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2014/06/13/recommendations-first-comprehensive-nursing-guideline-elder-abuse-rel

Fineout-Overholt, E., & Johnston, L. (2005). Teaching EBP: Asking searchable, answerable clinical questions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2*(3), 157–160.

The GRADE working group. (2017). *Welcome to the GRADE working group*. Retrieved from http://gradeworkinggroup.org/

Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., . . . Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, *8*(6), iii–iv, 1–72.

Grinspun, D., Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt E. (2014). Advancing optimal care with rigorously developed clinical practice guidelines and evidence-based recommendations. In B. M. Melynk & E. Fineout-Overholt (Eds.), *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice* (3rd ed.), (182–201). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., . . . GRADE Working Group. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, *336*(7650), 924–926. doi: 10.1136/bmj.39489.470347.AD

Harripaul-Yhap, A., Dusek, B., Pearce, N., & Lloyd, M. (2015). Care transitions: A systematic review of best practices. *Journal of Nursing Care Quality, 30*(3), 233–239.

Hirst, S. P., Penney, T., McNeill, S., Boscart, V. M., Podnieks, E., & Sinha, S. K. (2016). Best-Practice Guideline on the prevention of abuse and neglect of older adults. *Canadian Journal on Aging, 35*(2), 242–260. doi: 10.1017/S0714980816000209

Institute of Medicine (IOM). (2011). *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington, DC: The National Academies Press.

Institute of Medicine (IOM). (2011, March 23). *Press Release*. Retrieved from http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/Clinical-Practice-Guidelines-We-Can-Trust/Press-Release.aspx

Legere, L. E., Wallace, K. Bowen, A., McQueen, K., Montgomery, P., & Evans, M. (2017). Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*, 239.

Lewin, S., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Carlsen, B., Colvin, C. J., Gülmezoglu, M., . . . Rashidian, A. (2015). Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: An approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med*, *12*(10), e1001895. doi: 10.1371/journal.pmed.1001895

McHugh, M. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochem Medica*, *22*(3), 276–282.

Melnyk, B. M., Grossman, D. C., Chou, R., Mabry-Hernandez, I., Nicholson, W., DeWitt, T. G., . . . Flores, G. (2012). USPSTF perspective on evidence-based preventive recommendations for children. *Pediatrics*, *130*(2), 2011–2087.

National Guideline Clearinghouse. (n.d.). *National Guideline Clearinghouse Extent Adherence to Trustworthy Standards (NEATS) Instrument*. Retrieved from https://www.guideline.gov/documents/neats_instrument.pdf

Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research & Design Journal*, *4*(3), 50–71.

Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., & Rousseau, M.C. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Retrieved from http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com

Qaseem, A., Forland, F., Macbeth, F., Ollenschläger, G., Phillips, S., van der Wees, P., & Board of Trustees of the Guidelines International Network. (2012). Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine*, *156*(7), 525–531.

Recalla, S., English, K., Nazarali, R., Mayo, S., Miller, D., & Gray, M. (2013). Ostomy care and management: A systematic review. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *40*(5), 489–500.

Schünemann, H. J., Hill, S. R., Kakad, M., Vist, G. E., Bellamy, R., Stockman, L., . . . Oxman, A. D. (2007). Transparent development of the WHO rapid advice guidelines. *PLoS Med*, *4*(5), e119. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040119

Schünemann, H. J., Wiercioch, W., Etxeandia, I., Falavigna, M., Santesso, N., Mustafa, R., . . . Akl, E. A. (2013). Guidelines 2.0: Systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. *CMAJ*, *186*(3), E123–E142.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2013). *Policy statement on the grading of recommendations in SIGN guidelines.* Retrieved from http://www.sign.ac.uk/assets/sign_grading.pdf

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2017). SIGN 50: *A guideline developer's handbook*. Retrieved from http://www.sign.ac.uk/sign-50.html

Sharma, T., Bamford, M., & Dodman, D. (2016). Person-centred care: An overview of reviews. *Contemporary Nurse*, *51*(2–3), 107–120.

Shekelle, P. G., Kravitz, R. L., Beart, J., Marger, M., Wang, M., & Lee, M. (2000). Are nonspecific practice guidelines potentially harmful? A randomized comparison of the effect of nonspecific versus specific guidelines on physician decision making. *Health Services Research*, *34*(7), 1429–1448.

Suva, G., Sager, S., Mina, E. S., Sinclair, N., Lloyd, M., Bajnok, I., . . . Xiao, S. (2015). Systematic review: Bridging the gap in RPN to RN transitions. *Journal of Nursing Scholarship*, *47*(4), 363–370. doi 10.1111/jnu.1214

Wennberg, J. & Gittelsohn, A. (1973). Small variations in health care delivery. *Science*, 182(4117), 1102–1108.

Wennberg, J. & Gittelsohn, A. (1982). Variations in medical care among small areas. *Science America*, 246(4), 120–134.

Wilding, R. & Wagner, B. (2012). Systematic review and the need for evidence. *Supply Chain Management: An International Journal*, 17(4). https://doi.org/10.1108/scm.2012.17717daa.001

Williams, P. L., & Webb, C. (1994). The Delphi technique: A methodological discussion. *Journal of Advanced Nursing, 19*(1), 180–186.

Woolf, S., Schünemann, H. J., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M., & Shekelle, P. (2012). Developing clinical practice guidelines: Reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science*, 7(61).

Ye, L., Goldie, C., Sharma, T., John, S., Bamford, M., Smith, P. M., . . . Schultz, A. S. (2017). Tobacco-nicotine education and training for health-care professional students and practitioners: A systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*. https://doi.org/10.1093/ntr/ntx072

APÉNDICE A: PLAZOS DETALLADOS PARA LOS PROCESOS DE DESARROLLO DE LAS GUÍAS

Marco cronológico	Paso de desarrollo	Fase de desarrollo	Actividad
Mes 1	Selección del tema	Identificar el tema	■ Decisión sobre una nueva guía o revisión de una guía existente ■ Los temas para el posible desarrollo de guías son revisados desde múltiples fuentes ■ Los temas para el desarrollo de guías se evalúan utilizando una matriz de prioridades ■ El líder del equipo de desarrollo de las Guías de RNAO inicia el proceso de planificación ■ Se identifican los copresidentes del panel, uno de los cuales es un enfermero con un doctorado
Meses 1-3		Planificación (según sea necesario para nuevos temas): Grupos focales Revisión del alcance Perfeccionamiento de la finalidad y del ámbito de aplicación	■ Contratación de expertos en el tema para los grupos focales. ■ Desarrollo de preguntas previas a la reunión para que los participantes de los grupos focales recopilen información sobre la práctica actual, los recursos, la investigación y las lagunas en la información sobre un tema seleccionado para el desarrollo de las guías. ■ Información de los grupos focales recopilada y transcrita en temas para ayudar al panel de expertos de RNAO a finalizar el propósito y el alcance de la guía.
Mes 1		Búsqueda de guías existentes	■ Búsqueda de guías existentes sobre un tema seleccionado para el desarrollo de guías. ■ Evaluación de las guías existentes con el instrumento AGREE II. ■ Guías existentes de alta calidad identificadas para la revisión del panel de expertos de RNAO en la presentación del panel.
Mes 1	Panel de expertos	Contratación del panel de expertos	■ Aproximadamente de 12 a 15 personas son contratadas para participar en el panel de expertos multidisciplinario de RNAO. ■ La matriz del panel se utiliza para apoyar la identificación de aproximadamente una cuarta parte de cada uno de los médicos de atención directa, investigadores, a nivel de educación/política/sistema, y pacientes o personas con experiencias vividas. Esto incluye un 50% de enfermeras, al menos un médico y otras disciplinas de los sectores relevantes del sistema de salud. ■ Se desarrolla una plantilla de términos de referencia (Apéndice C) para cada panel de expertos de desarrollo de guías y se comparte para que cada miembro del panel entienda sus funciones y los resultados y plazos clave para el desarrollo de la Guía. ■ Se identifica al presidente del panel. ■ Se finaliza la pertenencia al panel de expertos de RNAO.
Mes 2	Panel de expertos	Presentación del panel de expertos de RNAO	■ Orientación al programa y metodología de desarrollo de guías del Centro IAGBP de RNAO. ■ Perfeccionar el propósito y el alcance de las guías sobre la base de los temas identificados por los grupos focales. ■ Formular preguntas de investigación clínica basadas en la estructura PICO. ■ Identificar los términos de búsqueda y las bases de datos con el bibliotecario para crear la estrategia de búsqueda.

Marco cronológico	Paso de desarrollo	Fase de desarrollo	Actividad
			■ Compilar los resultados de las evaluaciones de AGREE II para que el panel de expertos seleccione las guías que servirán de base para el desarrollo de estas. ■ Los miembros del panel de expertos de RNAO se inscriben en uno de los siguientes subgrupos para trabajar: indicadores de evaluación y seguimiento (incluyendo NQuIRE®), manuscritos, fichas técnicas de educación en salud y la versión de la guía para dispositivos móviles.
Meses 3-8	Revisiones sistemáticas	Revisiones sistemáticas de la literatura: identificar y seleccionar la evidencia	■ Un subgrupo del panel de expertos de RNAO, el presidente del panel y el jefe del equipo de desarrollo de IAGBP de RNAO trabajan con el bibliotecario en la estrategia de búsqueda y los procesos de revisión sistemática. ■ Los NRA realizan revisiones de relevancia para cada pregunta de investigación clínica. ■ Dos NRA revisan los títulos de los artículos y los resúmenes de forma independiente para determinar los que deben incluirse. ■ Cuando existen diferencias relacionadas con la inclusión, el jefe del equipo de desarrollo de la Guía de Buenas Prácticas de RNAO se convierte en el responsable de la toma de decisiones de la tercera parte.
Meses 3-8		Revisiones sistemáticas de la literatura: valoración de la calidad para evaluar la evidencia	■ Estudios incluidos para la calidad a los que accedieron dos NRA. ■ La fiabilidad entre clasificadores se comprueba entre los NRA antes de finalizar la evaluación de la calidad de todos los artículos. ■ Dos NRA evalúan críticamente la calidad de los artículos utilizando herramientas estandarizadas.
Meses 3-8		Revisión sistemática de la literatura: extracción de datos e informe final	■ Los dos NRA revisan los estudios incluidos evaluados y extraen los datos en tablas específicas para cada pregunta de investigación. ■ Los NRA compilan tablas de extracción de datos por preguntas de investigación y elaboran un informe de resumen narrativo de los temas para presentárselo al jefe de desarrollo de las guías; esta información también se pone a disposición del panel de expertos como material suplementario.
Meses 8-9	Recomendaciones para el desarrollo	Elaboración de borradores de recomendaciones y consenso del panel de expertos	■ El responsable de la elaboración de las guías revisa las tablas de datos y el resumen narrativo para redactar las declaraciones de recomendaciones y los resúmenes de las evidencias de apoyo. También se identifican las lagunas en la investigación y los indicadores para las prácticas de evaluación y seguimiento asociados con el tema. ■ Se utiliza la técnica de Delphi modificada para crear un consenso del panel sobre las recomendaciones. ■ Los borradores de las recomendaciones y los resúmenes de la evidencia se comparten con el panel para su revisión y voto anónimo. ■ Se avanzan las recomendaciones que llegan a un consenso para su inclusión y se eliminan la que son para exclusión. ■ Las recomendaciones no consensuadas se discuten en una reunión en persona, se perfeccionan y se votan hasta que se alcanza un consenso.
Meses 3-10		Elaboración del borrador de la guía	■ Las secciones del borrador de la guía creadas por el líder de desarrollo incluyen: propósito, alcance, información de fondo; recomendaciones de la guía y evidencia de apoyo; vacíos en la investigación e implicaciones futuras para la investigación; estrategias de implantación; estructura, proceso e indicadores de resultados para apoyar la evaluación y el seguimiento de la implantación de las guías, así como los instrumentos de apoyo para su asimilación en forma de apéndices. ■ El borrador de la guía es revisado y editado por el panel de expertos de RNAO. ■ Se solicitan y se documentan los permisos para reimprimir el contenido de terceros.

continúa

(Continuación)

Marco cronológico	Paso de desarrollo	Fase de desarrollo	Actividad
Mes 11	Revisión de los grupos interesados	Revisión externa de los grupos interesados	■ Los revisores (partes interesadas, expertos en el tema de las guías) se identifican a través de varios métodos, incluyendo la solicitud abierta en línea, la contratación de medios sociales, las sugerencias del panel y los posibles patrocinadores, para revisar las guías. Los grupos interesados representan a individuos, organizaciones y la atención sanitaria. Se lleva a cabo una contratación específica para abordar cualquier laguna y se invita a participar a un mínimo de 50 partes interesadas. ■ Se desarrolla y se publica en línea un cuestionario para los grupos interesados en forma de encuesta para la revisión del borrador de la guía por parte de los grupos interesados. Se requiere que los grupos interesados envíen sus comentarios en un plazo de 2 semanas. ■ Todos los comentarios son recopilados, revisados, abordados y documentados por el líder de desarrollo de las Guías. ■ Los temas de discusión se presentan al panel de expertos de RNAO para determinar los ajustes del borrador de la guía. Las decisiones se documentan.
Mes 12		Elaboración del borrador final de la guía	■ Todos los comentarios internos y externos son tratados y revisados por el panel. ■ El panel de expertos llega a un consenso sobre la versión final de la guía.
Mes 13	Publicación de la guía	Elaboración del borrador final	■ Borrador final editado profesionalmente. ■ Borrador editado diseñado y publicado en línea e impreso. ■ La versión en PDF se encuentra en el sitio web de RNAO. ■ Las copias impresas están disponibles a través de la compra en línea.

Meses 14-15		Publicación:
		actividades de difusión y aceptación
		Guías en versión para dispositivos móviles
		Ficha técnica de educación en salud
		Manuscrito para la publicación
			■ Los miembros del panel de expertos de RNAO que se inscribieron en las actividades del subgrupo comienzan a trabajar en lo siguiente utilizando plantillas:
			  ■ Manuscrito: para resumir el proceso de revisión sistemática sobre el tema para el desarrollo de las guías.
			  ■ Ficha técnica de educación en salud: para describir los mensajes clave del contenido de las guías para los pacientes o los proveedores de atención médica.
			  ■ Versión para dispositivos móviles: información clave requerida por los clínicos para su uso en varios dispositivos móviles identificados desde el diseño y la prueba para la versión impresa del borrador (después de completar la edición final de la guía); la aplicación móvil de Guías de RNAO está disponible para su descarga.
			■ Un borrador del resumen del contenido se completa de acuerdo con las plantillas establecidas.
			■ Los manuscritos se envían a revistas hasta su aceptación.
			■ La ficha técnica de educación en salud puesta en la plantilla PDF para subirla al sitio web de RNAO después de que se llegue a un consenso sobre el contenido y la revisión de los conocimientos sobre la salud que cumpla con la recomendación de la Agencia de Salud Pública de Canadá sobre el nivel de lectura.
			■ La guía se envía a la NGC y a la GIN para su inclusión en sus bases de datos.

Mes 15		Celebración: lanzamiento de la guía	■ El lanzamiento de la guía está vinculado a una conferencia, evento o sesión de un seminario web. ■ La guía avanza hacia la difusión e implantación a través de las actividades del Centro IAGBP para la implantación de la guía.

APÉNDICE B: EJEMPLO DE MATRIZ DE PRIORIDAD-IDENTIFICACIÓN

La intención de esta matriz es ayudar a identificar las áreas prioritarias para el desarrollo de guías, basándose en un enfoque sistemático para revisar la lista reducida de temas identificados. El resultado de la revisión es que todos los revisores consideren los temas identificados, los resultados de las búsquedas iniciales y seleccionen un máximo de tres temas prioritarios. Los resultados recopilados se utilizarán para establecer el tema para el desarrollo de las guías. Los siguientes criterios han sido identificados como clave para la selección de temas:

- El tema es relevante para una o más áreas clave prioritarias, identificadas por el Ministerio de Sanidad y Atención de Larga Duración de Ontario (MOHLTC): gerontología, atención domiciliaria, salud mental, atención de emergencia y atención primaria.
- El tema está dentro del ámbito de la práctica de la Enfermería y tendrá un impacto tanto en las enfermeras tituladas como en las enfermeras especialistas en una variedad de entornos de práctica.
- Un enfoque multidisciplinario sería apropiado para el desarrollo.
- El tema se basa en una guía previamente desarrollada o en un área temática general.
- Potencial para asociaciones para el desarrollo, externas al MOHLTC.
- Necesidad percibida de la guía, identificada por quienes presentan el tema para su consideración.
- La evidencia para apoyar las recomendaciones de las guías está disponible.
- Consideración de otros trabajos conocidos de guías sobre el tema.

Tema de la guía	Áreas prioritarias clave abordadas* (identificar todas las que correspondan)	El tema será aplicable a una amplia gama de entornos de práctica (identificar todos los que correspondan)	Sería posible adoptar un enfoque multidisciplinario en relación con el tema	El tema se basa en/ apoya otras Guías de RNAO (Sí/No)	Potencial para asociaciones externas al MHLTC	La justificación de la Guía proporcionada por la enfermera que identifica el tema es sólida (Sí/No) Comentarios	Se dispone de apoyo de evidencia para elaborar una guía (consulte el resumen de la plantilla de evidencia)	Anteriormente se han elaborado guías sobre este tema	Recomendaciones	Ámbito de aplicación sugerido

APÉNDICE C: TÉRMINOS DE LA PLANTILLA DE REFERENCIA

PANEL DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO

La Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) es la asociación profesional que representa a las enfermeras tituladas, enfermeras de especialidad y estudiantes de Enfermería en Ontario. Desde 1925, RNAO ha abogado por políticas públicas saludables, ha promovido la excelencia en la práctica de la Enfermería, ha aumentado la contribución de las enfermeras a la configuración del sistema de salud y ha influido en las decisiones que afectan a las enfermeras y al público al que atienden.

TÉRMINOS DE REFERENCIA Y CRONOLOGÍA

El centro International de Asuntos Internacionales y Guías de Buenas Prácticas (IABPG por sus siglas en inglés) alberga el Programa de Guías de Buenas Prácticas (GBP), un programa de propiedad de RNAO. El mandato del programa es el desarrollo, la difusión, la implantación y la evaluación de las Guías de Buenas Prácticas clínicas y para un entorno laboral saludable. Hasta la fecha, el programa ha publicado 42 Guías clínicas, 12 Guías de sistemas y entornos laborales saludables, y varios recursos de implantación (por ejemplo, dos "Herramientas", una para implantar guías de práctica clínica y otra que incluye un Recurso para educadores, programas de aprendizaje en línea, guías en versión para móviles y fichas técnicas de educación en salud). Las Guías y otros recursos pueden consultarse en línea en www.RNAO.ca/bpg.

OBJETIVO DE LA GUÍA

El propósito propuesto de esta guía será identificar las buenas prácticas basadas en la evidencia para enfermeras (en colaboración con los equipos interprofesionales con los que trabajan), sobre [insertar tema]. La guía tendrá relevancia para todas las áreas de la práctica clínica, incluyendo la salud pública, la atención primaria, la atención hospitalaria, la atención domiciliaria, la rehabilitación, la atención compleja y la atención a largo plazo.

La guía ofrecerá recomendaciones en tres áreas principales: 1) recomendaciones para la práctica, incluidas la valoración, la planificación, la intervención y la evaluación; 2) recomendaciones para la formación; y 3) recomendaciones para la organización, el sistema y las directrices. Todas las recomendaciones se desarrollarán de acuerdo con la literatura de revisión sistemática y la opinión de los expertos.

- Miembros del equipo de RNAO involucrados en esta Guía:
- Directora del Programa de RNAO y líder del desarrollo de Guías
- Coordinador del proyecto de RNAO
- Asociados de investigación en Enfermería (NRA)
- Director asociado de desarrollo de Guías
- Director del Centro IAGBP de RNAO

MIEMBROS DEL PANEL

El panel de expertos estará compuesto por una amplia representación de expertos de la práctica de Enfermería, administración, educación, investigación y política así como de otros profesionales de la salud y representantes de pacientes.

RESPONSABILIDADES DEL PANEL

Las responsabilidades de los miembros del panel son las siguientes:

- Asistir a reuniones cara a cara y a reuniones virtuales.
- Leer los materiales preparatorios enviados por el equipo de guías.
- Participar en un proceso de desarrollo de consenso para finalizar las recomendaciones (por ejemplo, proceso de votación anónima). Se espera que todos los miembros del panel voten antes de la sesión de creación de recomendaciones y asistan a la sesión en persona para deliberar ese día.
- Proporcionar retroalimentación sobre varios borradores de la guía a lo largo del proceso de desarrollo.
- Participar en el desarrollo de otros recursos de implantación y evaluación (por ejemplo, ficha técnica de educación en salud, conjuntos de normas enfermeras e indicadores de resultados).
- Identificar a los grupos interesados apropiadas para revisar el proyecto de guía antes de su publicación.

APOYAR LA DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA.

Además de las responsabilidades de los miembros del panel mencionadas anteriormente, el papel de los copresidentes de los paneles es el de:

- Apoyar al Gerente del Programa para guiar al panel y asegurar que las actividades estén siendo completadas y que se cumpla con el cronograma.
- Ayudar a establecer las agendas de las reuniones.
- Facilitar las reuniones del panel de las Guías con la Directora del Programa (según sea necesario).
- Participar en reuniones de copresidencia con la Directora del Programa y el Coordinador del Proyecto mensualmente (o según sea necesario).
- Codirigir actividades de difusión (por ejemplo, lanzamiento del seminario web de las Guías) y ayudar con la promoción y difusión de la guía completa.
- Apoyar los procesos del panel, incluyendo la resolución de conflictos.

PLAZO

El panel de desarrollo de la guía llevará a cabo su trabajo durante el tiempo estimado de aproximadamente 15 meses a partir del [fecha de inicio].

REUNIONES Y COMPROMISO

Habrá hasta tres reuniones en persona en Toronto y tres o cuatro reuniones virtuales durante el periodo de desarrollo de las guías. Además, se espera que el panel trabaje de manera independiente para revisar los materiales de prelectura (por ejemplo, tablas de datos de revisión sistemática, resúmenes narrativos). También se les pedirá que participen en el trabajo en pequeños grupos entre las reuniones presenciales y las virtuales. RNAO proporcionará acceso a una línea de teleconferencia y otro tipo de apoyo, según sea necesario. Ver la cronología que sigue para más detalles sobre las fechas esperadas.

GASTOS

RNAO reembolsará los gastos de viaje en clase turista, alojamiento y comidas para todas las reuniones presenciales (los detalles de los gastos permitidos se encuentran en el formulario de gastos de RNAO). También se proporcionarán números gratuitos para todas las llamadas a RNAO para las reuniones virtuales.

Este proceso de elaboración de las guías comprende siete etapas (ver el diagrama de la Figura C.1). El grupo participará más activamente en la formulación y la revisión de las recomendaciones.



FIGURA C.1 Diagrama del proceso de desarrollo de las guías.

© Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO). Todos los derechos reservados.

PLAN DE DESARROLLO DE LA GUÍA

Actividades del proyecto	Jun 2016	Jul 2016	Ago 2016	Sep 2016	Oct 2016	Nov 2016	Dic 2016	Ene 2017	Feb 2017	Mar 2017	Abr 2017	May 2017	Jun 2017	Jul 2017	Ago 2017	Sep 2017
Comienzo del desarrollo de la guía																
1. Un día de reunión en persona: Lanzamiento de la Guía																
2. Revisión sistemática																
■ Reunión del panel virtual (teleconferencia/ WebEx) para actualizaciones																
3. Formulación de recomendaciones																
■ Reunión virtual del panel para preparar la reunión de creación de recomendaciones																
■ Reunión de dos días en persona del panel: creación de recomendaciones																
4. Desarrollo del borrador de la guía																
■ Reunión virtual del panel para examinar el borrador de la guía																
5. Revisión de los grupos interesados																
■ Reunión del panel (a determinar: en persona o virtual) para revisar la retroalimentación de los grupos interesados																
6. Publicación de la guía																
■ Difusión de la guía (en curso)																

APÉNDICE D: FICHA TECNICA DE EDUCACIÓN EN SALUD DE RNAO

RNAO Registered Nurses' Association of Ontario / L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

HEALTH EDUCATION FACT SHEET

FROM NURSES FOR YOU

Delirio, demencia y depresión: ¿cuál es la diferencia?

Muchos adultos mayores se ven afectados por el delirio, la demencia y la depresión, condiciones que no son parte del envejecimiento normal. El delirio, la demencia y la depresión son diferentes entre sí, pero puede ser difícil distinguir entre ellos porque sus signos y síntomas pueden ser similares. A veces, una persona tiene más de una de estas condiciones al mismo tiempo. Alerte al personal de atención médica si usted o alguien que usted conoce muestra alguno de estos signos o síntomas.



El delirio es una afección que **aparece rápidamente** (en cuestión de horas o días) y afecta al cerebro. Por lo general es temporal, dura de uno a siete días, pero se debe tratar de inmediato. La mayoría de las veces, el delirio es causado por una combinación de factores:

El delirio puede ser causado por:

- Tener una enfermedad
- Permanecer en la cama demasiado tiempo
- Estar en un ambiente ruidoso o confuso
- Tener dolor

Las personas con mayor riesgo de delirio incluyen:

- Adultos mayores
- Personas con depresión o demencia
- Las personas que han presentado fractura de cadera
- Personas que han tenido una cirugía mayor (por ejemplo, cirugía cardiaca)

Signos de delirio

- Problemas de concentración
- Dificultad para recordar cosas
- Confusión respecto a la hora y el sitio
- Ver u oír cosas que no existen
- Tener sueño o ser lento para responder
- Problemas para comer o dormir
- Cambios en la personalidad
- No mostrar interés en las cosas

Estas señales pueden aparecer y desaparecer. Coméntele a su profesional de la salud de inmediato si nota cualquiera de estas señales. El delirio es una enfermedad grave y necesita ser **tratada de inmediato.**

La demencia es un trastorno del cerebro que puede afectar al aprendizaje, la memoria, el estado de ánimo y el comportamiento. La demencia se desarrolla lentamente, durante varios meses o años y afecta a diferentes personas de diferentes maneras. El envejecimiento no causa demencia, pero es más común entre los adultos mayores. Uno de los tipos más comunes de demencia es la enfermedad de Alzheimer.

Continued on page 2

RNAO Registered Nurses' Association of Ontario / L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

HEALTH EDUCATION FACT SHEET

FROM NURSES FOR YOU

Signos de demencia

- Dificultad para realizar tareas familiares (por ejemplo, hacer actividades bancarias, conducir, cepillarse los dientes)
- Dificultades para pensar, resolver problemas o aprender nueva información o lenguaje
- Pérdida de memoria que afecta las actividades diarias
- Dificultad de encontrar cosas (por ejemplo, pensar que alguien tomó o movió algo)
- Confusión respecto a la hora y el sitio
- Cambios en la personalidad, el estado de ánimo o el comportamiento
- Pérdida de la iniciativa (por ejemplo, la necesidad de que le digan qué hacer)
- Falta de juicio o disminución del mismo

Tenga en cuenta que el hecho de que una persona tenga demencia no significa que no pueda seguir viviendo bien ni que encuentre sentido a su vida.

La depresión es una enfermedad médica. Tener depresión no significa que alguien sea débil. Muchas personas sufren depresión a lo largo de sus vidas, mientras que otras sufren depresión como resultado de un cambio importante en sus vidas, incluyendo:

- Muerte de un ser querido
- Pérdida de independencia (por ejemplo, mudarse a un hogar de cuidados a largo plazo)
- Desarrollar demencia o una enfermedad

Signos de depresión

- Dormir más o menos de lo normal
- Pérdida de interés en aficiones o actividades habituales
- Bajos niveles de energía
- Comer más o menos de lo habitual
- Dificultad para concentrarse
- Dolores y molestias
- Estreñimiento
- Estar agitado o irritable
- Sentirse culpable, sin valor, sin esperanza, lleno de arrepentimiento
- Pensamientos de no querer vivir o de acabar con la propia vida

La depresión debe tomarse en serio. Hable con un profesional de la salud si usted o alguien que conoce muestra signos de depresión. Hay muchas opciones de tratamiento disponibles.

Cómo obtener ayuda

Hable con un profesional de la salud de inmediato si usted o alguien que conoce muestra signos de delirio, demencia o depresión. Ellos pueden realizar una evaluación apropiada y buscarle la atención o el tratamiento que usted necesita. Además, pregúnteles dónde puede obtener más información o apoyo. Para más información sobre el delirio, consulte la ficha técnica de RNAO, *Delirio: Cómo puede ayudar.*

This fact sheet was developed to go with the RNAO best practice guideline (BPG) *Delirium, dementia, and depression: Assessment and care,* Second Edition (2016). It is intended to increase your knowledge, and help you take part in decisions about your health or the health of a family member. RNAO's BPGs are available for public viewing and free download at RNAO.ca/bestpractices

APÉNDICE E: HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA LITERATURA

Tipo de estudio	Diseño del estudio	Herramienta de evaluación de la calidad
Revisiones sistemáticas	■ Revisión sistemática ■ Metaanálisis ■ Metasíntesis ■ Revisión bibliográfica	Herramienta de evaluación AMSTAR
Guías de Buenas Prácticas	■ Guía clínica	Herramienta AGREE II
Experimental	■ Ensayos controlados aleatorizados –Doble ciego –Simple ciego –No cegado	Herramienta de evaluación CASP RCT
Cuasi-experimental	Ensayo no aleatorizado Diseño de series temporales interrumpidas Prueba pre-post con o sin grupo de control	(Prueba pre-post sin grupo de control) Herramienta de ensayos clínicos controlados adoptada de los Institutos Nacionales de Salud (Estudio cuasi-experimental con un grupo de control) Herramienta Cochrane de evaluación cuasi-experimental de Salud Pública [Cochrane Public Health, s.f.].
No experimental	■ Estudios de cohorte –Cohorte prospectiva –Cohorte retrospectiva –Estudio de series cronológicas ■ Estudios de casos y controles –Casos y controles anidados ■ Estudios descriptivos –Estudios de corte transversal –Estudios de prevalencia	Herramienta de evaluación de cohortes CASP Herramienta de evaluación de casos y controles CASP Herramienta de evaluación transversal CASP
Estudios cualitativos	■ Fenomenología ■ Teoría fundamentada ■ Etnografía ■ Teoría social crítica	Herramienta de evaluación cualitativa CASP
Estudios de método mixto	■ Método mixto	Herramienta de evaluación de métodos mixtos (Pluye et al., 2011)

APÉNDICE F: DECLARACIÓN DE RNAO SOBRE LOS NIVELES DE EVIDENCIA UTILIZADOS EN LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS Y EN LAS GUÍAS

El proceso de desarrollo de las Guías de RNAO utiliza los siguientes niveles de evidencia:

Ia	Evidencia obtenida del *metaanálisis* de los ensayos controlados aleatorizados
Ib	Evidencia obtenida de al menos un *ensayo controlado aleatorizado*
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado *controlado no aleatorizado*
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo *cuasi-experimental* no aleatorizado, bien diseñado
III	Evidencia obtenida de *estudios observacionales no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.*
IV	Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Adaptado de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2017) y Pati (2011).

CAPÍTULO

3

CREACIÓN DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES: FACILITANDO LA EXCELENCIA CLÍNIC

Irmajean Bajnok, PhD, MScN, BScN, RN
Althea Stewart-Pyne, MHSc, RN

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Describir los orígenes de las guías de RNAO basadas en la evidencia sobre entornos laborales saludables para enfermeras y otros profesionales sanitarios.
- Comprender los elementos de un entorno laboral saludable y cómo su sinergia contribuye a la naturaleza multifacética y compleja de los entornos laborales en el sector sanitario.
- Analizar los aspectos clave de un entorno laboral saludable incluidos en el conjunto de Guías de RNAO sobre entornos laborales saludables.
- Describir cómo un entorno laboral saludable influye en los resultados tanto para enfermeras, pacientes, organizaciones y sistemas.

INTRODUCCIÓN

Este capítulo describe los fuertes vínculos entre los entornos laborales y la adopción de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas (GBP) y el establecimiento de culturas de práctica basadas en la evidencia. Se proporciona la justificación para el desarrollo de las Guías de entornos laborales saludables, junto con el modelo de un entorno laboral saludable que guio el proceso de desarrollo. El capítulo también describe los procesos de colaboración utilizados para seleccionar las guías iniciales y fundacionales de entornos laborales saludables y cómo se evaluaron sus impactos en los lugares de trabajo en todos los sectores de la salud. También se explora el desarrollo de las Guías de entornos laborales saludables en áreas fundacionales y otros temas. El capítulo concluye con una revisión de los resultados de la implantación de la Guía de entornos laborales saludables, incluyendo una mayor satisfacción de los proveedores y una adopción sostenida de las guías de práctica clínica, que en conjunto han conducido a mejores resultados para los pacientes.

INICIACIÓN A LAS GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES

En Ontario, a principios del año 2000, el Ministerio de Salud y Cuidados de Larga Duración (MOHLTC) comenzó a explorar el impacto del entorno laboral en la atención de la salud en los proveedores, organizaciones y pacientes, y se acercó a la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO) para expandir su exitoso programa de Guías de Buenas Prácticas Clínicas basadas en la evidencia (Grinspun, Virani, & Bajnok, 2002) con el fin de concentrarse en los siguientes aspectos también en los entornos de trabajo. En 2003, RNAO asumió el reto de desarrollar Guías de entornos laborales saludables con el apoyo financiero del MOHLTC y del gobierno canadiense.

En el momento de la solicitud del gobierno de Ontario, RNAO había comenzado a identificar el vínculo entre la adopción de las buenas prácticas clínicas y las características del entorno laboral. Habíamos notado una aceptación entusiasta en lo que llamamos entornos laborales saludables, si bien es cierto que estas guías también estaban siendo tratadas por otros (Izzo, 2001; Lowe, 2002; Rycroft-Malone et al., 2002). A través de su labor política, RNAO también era muy consciente de los graves problemas en el lugar de trabajo expresados por las enfermeras y documentados por los académicos (Baumann et al., 2001; Cohen, Stuenkel, & Nguyen, 2009; Griffin et al., 2003; O'Brien- Pallas et al., 2005; RNAO, 2000).

El trabajo seminal de Rycroft-Malone et al. (2002) concluyó que el uso de evidencia en la práctica clínica está estrechamente relacionado con los entornos laborales de atención sanitaria que apoyan la práctica basada en la evidencia y la toma de decisiones. Los autores señalaron que dentro de los entornos laborales saludables, los siguientes componentes están generalmente presentes y tienen un impacto positivo en los procesos eficaces de implantación de las guías (Rycroft-Malone et al., 2002):

- Liderazgo transformacional.
- Estructuras/trabajo en equipo eficaces.
- Recompensas y reconocimiento por trabajo y años de servicio.
- Una cultura del aprendizaje que:
  - Valora al personal y a los pacientes.
  - Promueve la toma de decisiones democrática.
  - Utiliza múltiples fuentes de métodos de información para proporcionar retroalimentación al personal.

Otras investigaciones importantes de Izzo (2001) y Lowe (2002) hicieron hincapié en las características que contribuyen a un lugar de trabajo saludable. Estas incluyen relaciones con supervisores y compañeros de trabajo, la presencia de recompensas y reconocimiento y una cultura que:

- Se basa en la confianza.
- Valora a las personas.
- Apoya el aprendizaje.
- Ofrece oportunidades de participación.
- Proporciona información oportuna y completa.

Con su trabajo pionero en el desarrollo de Guías de entornos laborales saludables, RNAO puso en primer plano una mayor comprensión de que las Guías de entornos laborales saludables no solo son fundamentales para el personal activo y para las organizaciones de alto rendimiento, sino que también son imprescindibles para la excelencia clínica y los resultados positivos de salud para los pacientes (Griffin et al., 2003).

DEFINICIÓN DE UN ENTORNO LABORAL SALUDABLE

RNAO define los entornos laborales saludables como "entornos de práctica que maximizan la salud y el bienestar de las enfermeras (y de todos los trabajadores de la salud), los resultados de calidad de los pacientes, el rendimiento de la organización y del sistema y los resultados sociales" (RNAO, 2013b, p. 8).

Esta definición refuerza la idea de que el entorno de trabajo es fundamental para los trabajadores, lo que hacen y el impacto de su trabajo, así como para los resultados de la organización y del sistema. Cada una de estas áreas, y la sinergia entre ellas, se discutirá en este capítulo. Cuando RNAO comenzó este trabajo de vanguardia, había pocas guías para dirigir el proceso. Por lo tanto, desde el principio se tomó la decisión de desarrollar un modelo conceptual integral para las Guías de entornos laborales saludables que reflejase la naturaleza multidimensional y compleja del lugar de trabajo de la atención sanitaria (RNAO, 2006b, 2006c, 2007a, 2007b, 2007c, 2008). El modelo conceptual de Guías de entornos laborales saludables es utilizado por cada panel de expertos de Guías de entornos laborales saludables en su trabajo de desarrollo y se incluye como parte de la introducción a cada una de estas guías. Además, el riguroso desarrollo de la guía clínica de RNAO y los procesos relacionados para la captación y la evaluación del impacto se utilizaron para guiar el desarrollo, la implantación y la evaluación de herramientas basadas en la evidencia para mejorar el entorno laboral.

EL MODELO CONCEPTUAL DE GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES

El desarrollo del modelo conceptual de Guías de entornos laborales saludables precedió al desarrollo de estas Guías y se basó en modelos existentes relevantes (Baumann et al., 2001; DeJoy & Southern, 1993; Griffin et al., 2003; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992). El modelo de RNAO sirvió para explicar mejor los múltiples niveles, diversos factores, relaciones complejas e impactos sinérgicos asociados con las Guías de entornos laborales saludables para los proveedores de atención sanitaria, los pacientes, las organizaciones y el sistema (RNAO, 2006b, 2006c).

La Figura 3.1 ilustra los factores y los componentes, y las interacciones entre los elementos clave, que influyen en una Guía de entornos laborales saludables.

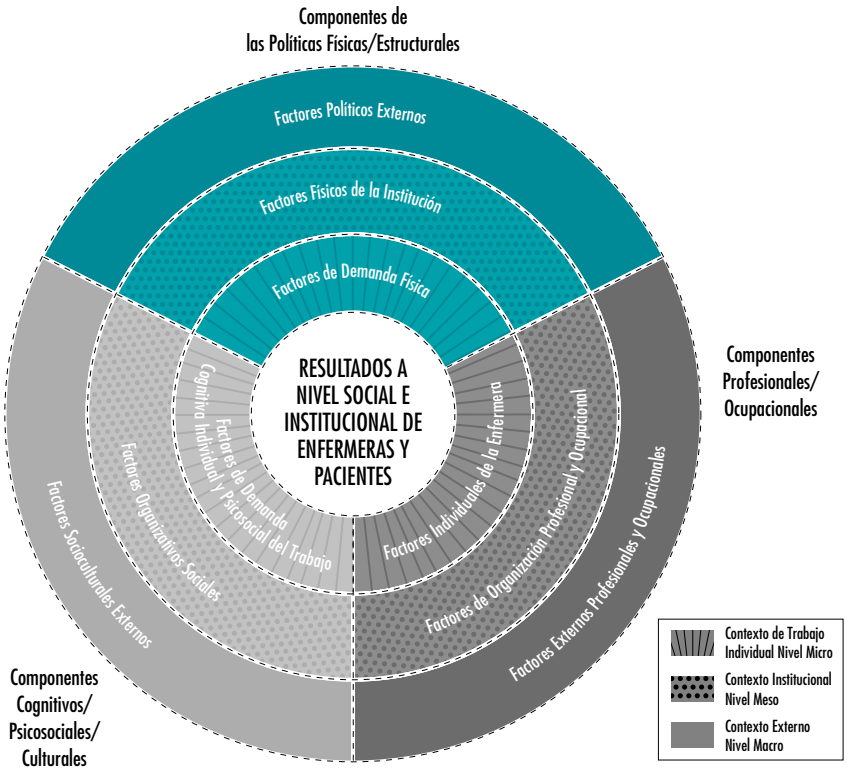


FIGURA 3.1 Modelo conceptual de Guías de entornos laborales saludables de RNAO.
© Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

Cuando vea esto, puede preguntarse: "¿Qué trata de decirme este modelo?"

Este modelo presenta el lugar de trabajo saludable como producto de la interdependencia entre factores individuales, organizacionales y de sistemas externos y tres tipos diferentes de componentes: físicos, estructurales y políticos; cognitivos, psicosociales y culturales; y componentes profesionales y ocupacionales que forman parte de cada uno de los factores. Los factores se ilustran en tres círculos que rodean el objetivo general central de las Guías de entornos laborales saludables: mejores resultados para los proveedores de atención sanitaria, los pacientes, las organizaciones, los sistemas y la sociedad en su conjunto, incluidas las comunidades más sanas (Griffin et al., 2003). Los componentes se ilustran en las tres áreas que atraviesan cada uno de los factores. Las líneas dentro del modelo están punteadas para indicar las interacciones sinérgicas entre todos los niveles y componentes del modelo.

El modelo sugiere que el funcionamiento de cada profesional está influenciado por las interacciones entre el individuo y su entorno. Por lo tanto, las intervenciones para promover las Guías de entornos laborales saludables deben estar dirigidas a múltiples niveles y componentes de la organización y del sistema. De manera similar, las intervenciones deben influir no solo en los factores dentro del sistema y en las interacciones entre estos factores, sino también en el propio sistema (Green, Richard y Potvin, 1996; Grinspun, 2000). Los supuestos en los que se basa el modelo son:

- Los entornos laborales saludables son esenciales para la calidad y la seguridad de la atención al paciente.
- El modelo es aplicable a todos los ámbitos de la práctica y a todos los ámbitos de la Enfermería.
- Los factores individuales, organizativos y externos a nivel de sistema son los determinantes de los entornos laborales saludables para las enfermeras.

- Los factores en los tres niveles afectan la salud y el bienestar de las enfermeras, la calidad de los resultados de los pacientes, la actuación de la organización y del sistema y los resultados sociales, ya sea individualmente o a través de interacciones sinérgicas.
- En cada nivel, hay componentes físicos y estructurales de las políticas; componentes cognitivos, psicosociales y culturales; y componentes profesionales y ocupacionales.
- Los componentes profesionales y ocupacionales son únicos para cada profesión, mientras que los componentes restantes son genéricos para todas las profesiones y ocupaciones.

En la Figura 3.2 se destacan los componentes físicos y estructurales de las políticas en cada nivel que influyen en una Guía de entornos laborales saludables.

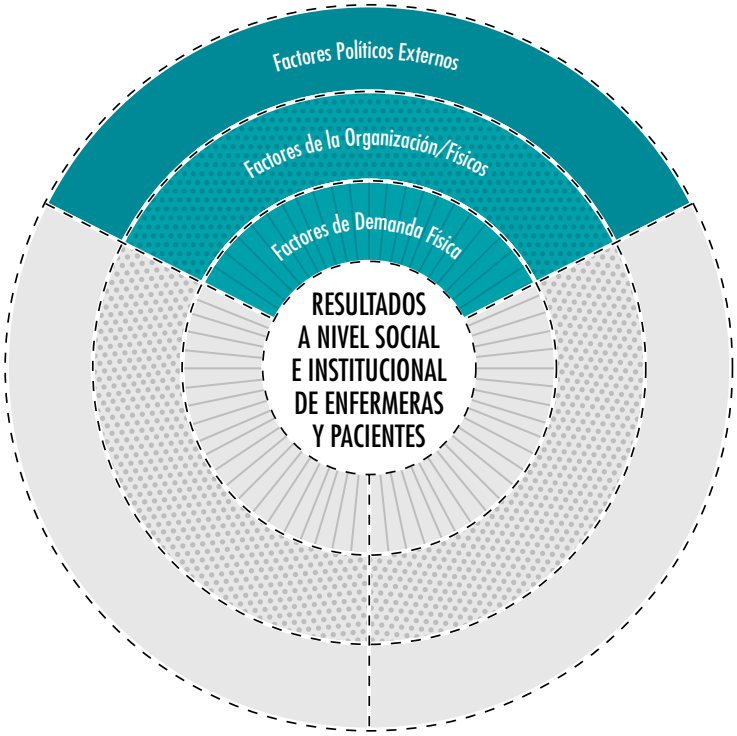


FIGURA 3.2 Componentes físicos y estructurales de las políticas.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

Los componentes físicos y estructurales de las políticas, identificados arriba en la cuña superior de los círculos, son las características físicas y el entorno de la organización desarrollados para responder a las características físicas del trabajo y a las demandas de trabajo. Se incluyen los siguientes factores:

- Los factores de demanda de trabajo físico (que se muestran en el área interior de la cuña con líneas rayadas) son aquellas tareas que requieren esfuerzo e involucran las capacidades físicas de la enfermera o proveedor de atención para brindar la atención. Un ejemplo de los factores de demanda de trabajo físico podría ser la naturaleza de la población de pacientes que podría requerir más levantamientos físicos o turnos rotatorios.
- Los factores físicos organizacionales (que se muestran en el área punteada de la cuña) son tanto las características existentes como las estructuras y procesos que la organización crea para proporcionar

un entorno laboral de apoyo. Un ejemplo de ello podría ser la disposición física del entorno de trabajo y el diseño de múltiples puntos de suministro o de acceso a los equipos, como terminales informáticos, para mejorar la eficiencia.

- Los factores políticos externos (que se muestran en el área exterior sólida de la cuña) incluyen factores como las políticas de inmigración; las políticas de financiación de la atención sanitaria; las influencias legislativas, comerciales, económicas y políticas externas a la organización; y otros acuerdos que tienen el potencial de afectar a la atención sanitaria.

La Figura 3.3 destaca los componentes cognitivos, psicosociales y culturales en cada nivel que influyen en una Guía de entornos laborales saludables.

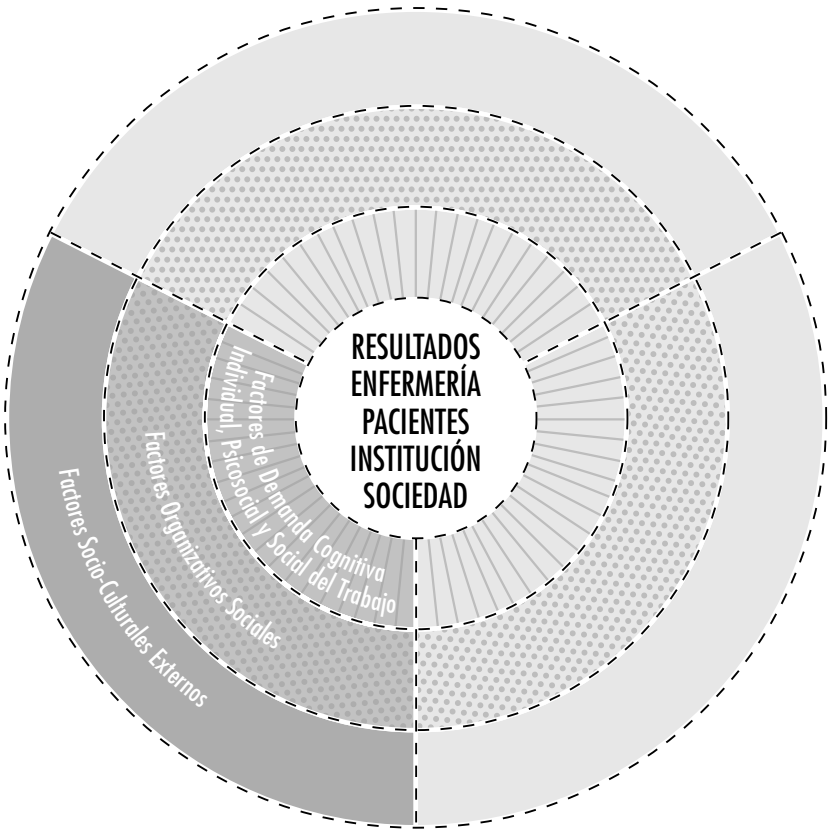


FIGURA 3.3 Factores cognitivos, psicosociales y culturales.

© Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados

Los componentes cognitivos, psicosociales y culturales identificados en la cuña inferior izquierda de los círculos son los factores representados por el individuo que trabaja en el campo de la salud y como miembro de la sociedad. Se incluyen los siguientes factores:

- Los factores individuales de demanda de trabajo cognitivos y psicosociales (que se muestran en el área interior de la cuña con líneas a rayas) se refieren a aquellas situaciones que requieren la resolución efectiva de problemas, el afrontamiento y la comunicación por parte del individuo. Este tipo de demanda de trabajo requiere capacidades y esfuerzos cognitivos, psicológicos y sociales (Grinspun, 2010). Esto se aplica a la mayoría de los roles de Enfermería, pero podría ser más complejo con poblaciones específicas de pacientes.

- Los factores sociales organizacionales se refieren a factores como el clima, la cultura y los valores de la organización.
- Factores socioculturales externos: estos son las tendencias de consumo, las preferencias del cuidado, los roles familiares, la diversidad de la población y de los proveedores y los cambios demográficos. Como ejemplo, a principios de la década de los 2000 vimos una relajación de las políticas de visitas con la tendencia a una mayor concentración en el paciente y a la inclusión de las familias en la atención (Farmanova, Judd, Maika y Wilkes, 2015). Sin embargo, en 2004, con la aparición del síndrome respiratorio agudo severo, se produjo un enorme cambio hacia políticas de visita menos abiertas (Rogers, 2004).

REFLEXIÓN

Al explorar estos factores organizativos en su propio entorno laboral, hágase las siguientes preguntas: ¿La organización valora la Enfermería? ¿Existen apoyos visibles para el personal que trabaja de turnos y oportunidades para el desarrollo profesional?

La Figura 3.4 destaca los componentes profesionales y ocupacionales en cada nivel que influyen en una Guía de entornos laborales saludables.

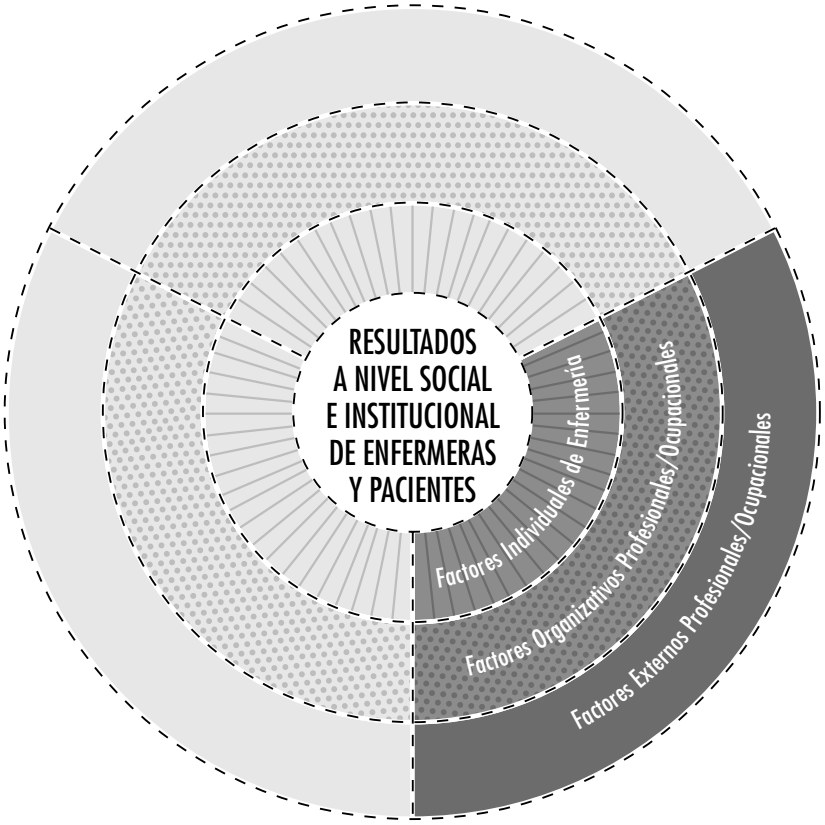


FIGURA 3.4 Componentes profesionales y ocupacionales.

© Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

Los detalles de esta sección del modelo, que se muestran en la cuña inferior derecha de los círculos, se han resumido aquí para referirse específicamente a las enfermeras (y podrían modificarse en función del tipo de trabajador sanitario), mientras que los demás componentes del modelo son aplicables a todos los trabajadores sanitarios. Se incluyen los siguientes factores:

- Los factores individuales de las enfermeras son el conocimiento, las habilidades y los atributos personales (como la edad, la educación, la salud física y el bienestar) que determinan la respuesta a las demandas del trabajo.
- Los factores profesionales y ocupacionales de la organización se refieren a la naturaleza del papel del profesional y al apoyo que recibe dentro de la organización (por ejemplo, nivel de autonomía, alcance de la práctica).
- Los factores profesionales y ocupacionales externos se refieren a aquellos factores externos a la organización que surgen como resultado de políticas y reglamentos, como las normas de práctica y el alcance regulado de la práctica del organismo regulador de la Enfermería (por ejemplo, normas de práctica, certificación y contratación ética).

REFLEXIÓN

Considere las siguientes preguntas para evaluar este componente en su organización: ¿Qué nivel de autonomía se apoya para la práctica? ¿Hay algún comité de Enfermería en su organización que determine el alcance de la práctica para las enfermeras?

METODOLOGÍA DE DESARROLLO DE GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES

Para cumplir con nuestro compromiso de asegurar que cada Guía de entornos laborales saludables se base en la mejor evidencia disponible, se dio por sentado que RNAO utilizaría el mismo proceso riguroso de desarrollo de guías que para las Guías de Buenas Prácticas Clínicas y que monitorizaría y revisaría cada guía de forma regular. El proceso de desarrollo de la Guía de entornos laborales saludables sigue siendo coherente con el proceso de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas y, a medida que se perfecciona y mejora la metodología de desarrollo de la guía clínica, se modifican los procesos de desarrollo de las Guías de entornos laborales saludables para reflejar el mayor rigor. La metodología de desarrollo de las Guías de entornos laborales saludables incluye los siguientes pasos:

- El tema se selecciona en base a temas/tendencias clave en el cuidado de la salud, datos de los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO) de RNAO, aportes de enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud, o recomendaciones del gobierno y/u otros grupos de trabajo del cuidado de la salud.
- Se convoca a un panel de enfermeras e interprofesionales de una variedad de especialidades, roles y entornos de prácticas. Cada vez más, los paneles tienen representación nacional e internacional. Contratamos a enfermeras e interprofesionales que poseen experiencia en la práctica, la investigación, la política, la educación y la administración relacionadas con el área del tema. Estas personas forman el panel de expertos.
- El alcance de la guía se identifica y define a través de un proceso de discusión y un consenso con los socios internos de RNAO y con expertos externos en la materia.
- El panel de expertos identifica los temas y conceptos clave en la materia que dirigen las preguntas de investigación para la búsqueda sistemática de bibliografía y proporcionan un marco organizativo para la guía.
- Después de que un bibliotecario cualificado en ciencias de la salud recupere la literatura pertinente, un equipo de enfermeras investigadoras cualificadas (parte del equipo de desarrollo de la Guías de RNAO) realiza una revisión sistemática de la literatura. Los hallazgos se utilizan para informar del desarrollo de recomendaciones desde las perspectivas individual y de equipo, organizacional y de políticas.

- Los borradores de la guía se desarrollan a través de un proceso de consulta con RNAO y los miembros del panel de expertos. Los borradores son revisados por el panel de expertos y los miembros del equipo de desarrollo de guías de RNAO.
- La guía se distribuye para su revisión, primero a los miembros del panel y luego a los grupos interesados externos.
- Todos los comentarios de los miembros del panel y de los grupos interesados son considerados y los cambios se realizan según sea necesario por consenso y evidencia.
- Las recomendaciones y la evidencia son finalizadas a través de un proceso interno y una revisión editorial en RNAO.
- El jefe del equipo de desarrollo de las guías llega a un consenso sobre el documento final.
- La Guía de entornos laborales saludables se publica y se difunde ampliamente para su uso.

DESARROLLANDO GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES: DÓNDE EMPEZAR

Como se ha indicado, el objetivo inicial del Programa fue el desarrollo de guías fundacionales que ayudaran a las enfermeras y otros profesionales clínicos con los desafíos diarios en el lugar de trabajo, para facilitar su foco en la excelencia clínica. Estas Guías de entornos laborales saludables fundacionales se basaron en áreas temáticas clave identificadas mediante un enfoque de investigación en el que, a través de una serie de grupos focales, se les preguntó a enfermeras de todos los sectores y áreas geográficas de Canadá acerca de temas clave en el lugar de trabajo que consideraban centrales para la calidad de la atención al paciente. Hubo una alta consistencia en los resultados, que incluyeron seis áreas temáticas que se convertirían en las bases de las Guías de entornos laborales saludables.

Estas seis primeras Guías de entornos laborales saludables se desarrollaron en colaboración con el Instituto Joanna Briggs (JBI), que llevó a cabo las revisiones sistemáticas de la literatura relacionada con cada una de las áreas temáticas identificadas (Pearson et al., 2006a, 2006b, 2006c, 2007a, 2007a, 2007b). En ese momento, el JBI acababa de publicar sus herramientas de evaluación de la calidad y extracción de datos para la investigación cualitativa, que eran las más apropiadas para definir la base de evidencia para las Guías de entornos laborales saludables. Entre 2006 y 2008 se publicaron seis guías fundacionales que abordaban: el liderazgo; la práctica colaborativa; la carga de trabajo y dotación de personal; la profesionalidad; la diversidad; y salud, seguridad y bienestar en el lugar de trabajo.

Reconociendo la importancia del liderazgo, la colaboración y el desarrollo de la capacidad en relación con las cuestiones relativas al lugar de trabajo, su impacto y su resolución, las Guías de entornos laborales saludables se dirigieron a todos los niveles del personal de las organizaciones, así como a una serie de partes interesadas externas, como los organismos reguladores, los gobiernos y los sindicatos, apoyando así la responsabilidad de un equipo en materia de salud en el lugar de trabajo. En consonancia con esta intención, las Guías de entornos laborales saludables incluyeron recomendaciones basadas en la evidencia y orientadas a individuos y equipos para apoyar a los profesionales de la atención directa en el aprendizaje de las guías y en la contribución a un ambiente de trabajo saludable. Además, se diseñaron recomendaciones de organización y políticas basadas en la evidencia para apoyar a las organizaciones sanitarias en la creación y el mantenimiento de entornos laborales positivos. Además, se elaboraron recomendaciones orientadas al sistema para recabar la participación de los gobiernos, los sindicatos y los organismos reguladores y normativos en el tratamiento de las cuestiones relativas al lugar de trabajo. La Figura 3.5 muestra y explica gráficamente los tipos de recomendaciones incluidas en las guías de RNAO sobre sistemas y entornos laborales saludables.



FIGURA 3.5 Tipos de recomendaciones incluidas en las guías de RNAO sobre sistemas y entornos laborales saludables.

© Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

LAS GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES FUNDACIONALES

Las seis guías fundacionales son:

- *Práctica colaborativa en los equipos de Enfermería* (RNAO, 2006b)
- *Desarrollo y mantenimiento de prácticas efectivas de personal y de carga de trabajo* (RNAO, 2007a)
- *Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería* (RNAO, 2006c)
- *Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: desarrollo de la competencia cultural* (RNAO, 2007b)
- *Profesionalidad en Enfermería* (RNAO, 2007c)
- *Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermera* (RNAO, 2008)

La intención era utilizar estas seis directrices como el punto inicial para crear una Guía de entornos laborales saludables y luego desarrollar guías adicionales, que surgieron de estos temas fundamentales, para permitir una mayor mejora del entorno de trabajo. En las siguientes secciones se ofrece una breve descripción de cada una de las Guías de entornos laborales saludables fundacionales.

LIDERAZGO EFICAZ EN ENFERMERÍA

El liderazgo efectivo es un aspecto esencial en todos los roles de Enfermería, ya sea el que la enfermera ejerza directamente con los pacientes, en el campo de la formación desarrollando a futuros líderes, como investigadora que orienta a los nuevos investigadores, o como administradora o directora ejecutiva que proporciona apoyo y orientación al personal (Cummings et al., 2010; Pearson et al., 2007a; RNAO, 2006c).

PRÁCTICA COLABORATIVA

El fortalecimiento de la práctica de equipo entre todas las categorías de enfermeras apoya el entorno de trabajo para las enfermeras. Esta guía explora lo que fomenta los ambientes laborales saludables y el trabajo en equipo efectivo entre todas las categorías de enfermeras en Ontario, Canadá: la enfermera titulada, la auxiliar de Enfermería y la enfermera especialista (Pearson et al., 2006c; RNAO, 2006c).

DOTACIÓN DE PERSONAL, CARGA DE TRABAJO Y ESTRUCTURA

La combinación de personal para un entorno de práctica específico está compuesta por varias categorías de enfermeras que trabajan intraprofesional e interprofesionalmente. La formación, la experiencia, la combinación de habilidades y las cualidades de liderazgo tienen un enorme impacto en la calidad del personal de Enfermería. La dotación de personal de Enfermería es un proceso complejo. Un plan de dotación de personal eficaz y formalizado requiere una comprensión de la complejidad que implica la atención al paciente y la adecuación de los recursos humanos (alcance de la práctica, habilidades, cantidad de personal, formación y experiencia) a las necesidades del paciente (Pearson et al., 2006c; RNAO, 2007a).

PROFESIONALIDAD

Esta guía reconoce ocho cualidades del personal profesional y, además, describe cómo las organizaciones y los líderes apoyan los comportamientos profesionales del personal de Enfermería y de otro tipo. Algunas preguntas para determinar el grado de profesionalidad son (Pearson et al., 2006b; RNAO, 2007c): ¿Tiene el personal los conocimientos y habilidades necesarios? ¿Tiene el personal de Enfermería una actitud positiva y profesional para apoyar la práctica basada en la evidencia? ¿Tiene la organización una visión positiva de la profesión de Enfermería? ¿Se ha apoyado eficazmente a las enfermeras a través de cambios en la práctica en el pasado?

REFLEXIÓN

Al leer estas breves descripciones de cada una de las Guías de entornos laborales saludables, considere cómo se toman las decisiones en sus organizaciones, los patrones de carga de trabajo, y las instalaciones físicas y los recursos disponibles para apoyarle en su función. ¿Cuáles son los procesos de toma de decisiones? ¿Hay suficiente personal para abarcar la complejidad de los pacientes y su atención?

CULTURA Y DIVERSIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO

El grado en que la cultura del lugar de trabajo apoya y se basa en la diversidad es un factor crítico en las Guías de entornos laborales saludables, así como en el funcionamiento eficaz a nivel individual y de equipo.

Esto se puede evaluar haciendo las siguientes preguntas: ¿Cuál es la naturaleza general de la organización, en términos de cómo pensamos que se deben hacer las cosas? ¿Qué se considera importante? ¿Hasta qué punto la cultura apoya el

cambio y la práctica basada en la evidencia? ¿Son los valores de la organización claros y evidentes en cómo y qué decisiones se toman? ¿Existe una cultura de respeto para todos? ¿Se consideran e incorporan todas las perspectivas de los grupos interesados? ¿Existen procesos para evaluar las decisiones? (Pearson et al., 2007b; RNAO, 2007b)

SALUD, SEGURIDAD Y BIENESTAR DE LA ENFERMERA EN EL LUGAR DE TRABAJO

La salud de las enfermeras incluye varios componentes complejos que se discuten en la guía. Incluyen el diseño físico de la organización, el trabajo que realizan las enfermeras, las condiciones de trabajo, los riesgos laborales, la prevención de lesiones y enfermedades, la promoción de la salud, la cultura organizacional y el apoyo al sistema (RNAO, 2008).

IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS PILOTO

Poco después de su publicación, las Guías de entornos laborales saludables fundacionales fueron evaluadas a través de un estudio de cuatro años de duración en varios lugares en el que participaron nueve centros de atención de la salud (de cuidados intensivos, de salud mental y de atención domiciliaria) en Ontario. Se utilizó un diseño de estudio previo y posterior a la investigación de 3 y 6 meses de duración. A las unidades/equipos de cada entorno se les asignaron aleatoriamente Guías de entornos laborales saludables específicas para que las implantaran (RNAO, 2010). Los resultados fueron extremadamente alentadores y demostraron la amplia participación de enfermeras y otros profesionales de la salud en el trabajo de implantación de las guías. Los hallazgos también revelaron el alto valor que se le dio a este trabajo y los resultados positivos percibidos por el personal en relación con la efectividad del trabajo en equipo, la satisfacción del personal, la calidad de la atención y los resultados de los pacientes (RNAO, 2010). Además, quedó claro que las Guías de entornos laborales saludables eran útiles en todos los entornos y sectores, y con una variedad de personal de Enfermería y otros profesionales de la salud.

Estos resultados impulsaron la implantación generalizada y el éxito de las guías fundacionales condujo al desarrollo de otras Guías de entornos laborales saludables relacionadas, coherentes con los problemas antiguos y emergentes en los entornos de trabajo de la asistencia sanitaria. La siguiente lista de Guías de entornos laborales saludables representa una segunda edición de la guías fundacionales o nuevos temas:

- *Prevención y gestión de la violencia en el lugar de trabajo* (RNAO, 2009)
- *Prevención y mitigación de la fatiga de las enfermeras en la atención sanitaria* (RNAO, 2011)
- *Gestión y mitigación de conflictos en los equipos de atención sanitaria* (RNAO, 2012a)
- *Desarrollo y mantenimiento de la atención sanitaria interprofesional: optimización de los resultados de pacientes, de la organización y del sistema* (RNAO, 2013a)
- *Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería*, segunda edición (RNAO, 2013b)
- *Práctica colaborativa en los equipos de Enfermería*, segunda edición (RNAO, 2016a)
- *Desarrollo y mantenimiento de prácticas seguras y efectivas de personal y carga de trabajo*, segunda edición (RNAO, 2017b)

A medida que el Programa ha ido madurando, el Programa de Guías de entornos laborales saludables se ha ampliado para centrarse en el sistema de salud y las guías se denominan ahora Guías de sistema y entornos laborales saludables. Algunos ejemplos de guías que reflejan el sistema de salud son la *Formación práctica en Enfermería* (RNAO, 2016c) y la *Adopción de Soluciones de eSalud: Estrategias de implantación* (RNAO, 2017a).

Se ha desarrollado una variedad de recursos, que reflejan las buenas prácticas en la ciencia de la implantación (RNAO, 2012c) y que facilitan la difusión y adopción de las Guías de entornos laborales saludables. Por ejemplo, la *Guía de referencia rápida de entornos laborales saludables* (RNAO, 2013c) incluye resúmenes de todas las Guías de entornos laborales saludables y fue desarrollada para facilitarle a los directores su uso en el lugar de trabajo. Este recurso fue tan popular que se puso a disposición de todo el personal para su acceso en línea. Además, para varias de las guías se desarrolló un resumen de las recomendaciones clave y de los recursos de evaluación, llamado Consejos y Herramientas, y se dirigió a las enfermeras de los puntos de atención. Los siguientes Consejos y Herramientas fueron desarrollados para las siguientes pautas asociadas.

GUÍA	RECURSO DE CONSEJOS Y HERRAMIENTAS
Prevención y gestión de la violencia en el lugar de trabajo (2009)	*Prevención y gestión de la violencia: consejos y herramientas para enfermeras* (2014e)
Prevención y mitigación de la fatiga de las enfermeras en la atención sanitaria (2011)	*Gestión y mitigación de la fatiga: consejos y herramientas para enfermeras* (2014c)
Gestión y mitigación de conflictos en los equipos de atención sanitaria (2012a)	*Gestión y mitigación de conflictos: consejos y herramientas para enfermeras* (2012b)
Desarrollo y mantenimiento de la atención sanitaria interprofesional: optimización de los resultados de pacientes, de la organización y del sistema (2013a)	*Desarrollo y mantenimiento de la atención sanitaria interprofesional: consejos y herramientas para los equipos de atención sanitaria* (2014a)
Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería (2013b)	*Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería: consejos y herramientas* (2014b) *Consejos y herramientas para el liderazgo en el punto de atención para enfermeras* (2014d)

Para algunas de las Guías, como *Formación práctica en Enfermería* (2016c) y *Adopción de soluciones de eSalud: estrategias de implantación* (2017a), se elaboró una sinopsis de la guía, que incorpora los aspectos más destacados de la evidencia y las recomendaciones.

Como se ha señalado anteriormente, el ambiente de trabajo debe ser saludable para apoyar los resultados positivos en la salud de los pacientes. Al identificar y desarrollar las Guías de entornos laborales saludables fundacionales, se aumentó y se mantuvo la conciencia de la importancia del ambiente de trabajo. Además, se hizo evidente que la disposición del ambiente (que refleja los problemas en el lugar de trabajo) era un factor crítico en la ciencia de la implantación, por lo que se incorporó en los recursos de implantación clínica de RNAO (RNAO, 2012c).

CREACIÓN DE LUGARES DE TRABAJO SALUDABLES

Para que las enfermeras alcancen unos entornos laborales saludables, es necesario que los líderes de las organizaciones y los profesionales individuales se comprometan con el cambio transformacional mediante intervenciones específicas en el contexto subyacente del lugar de trabajo y en los factores organizacionales (Lowe, 2004; RNAO, 2008). Las Guías de entornos laborales saludables apoyan este tipo de cambio transformacional mediante el uso de recomendaciones basadas en la evidencia que abordan la práctica profesional de Enfermería, así como los problemas comunes en el lugar de trabajo. Las recomendaciones basadas en la evidencia que se dirigen a los profesionales individuales, los equipos de atención, la formación para los entornos laborales saludables y las políticas de la organización y el sistema incorporan un enfoque en la salud, la moral de las enfermeras y la consiguiente capacidad para brindar atención, resultados en la salud del paciente y la actuación de la organización y del sistema (RNAO, 2006b, 2006c, 2007a, 2007b, 2007c, 2007c, 2008).

La evidencia acerca de los entornos laborales saludables en la atención sanitaria y sus amplias repercusiones sigue aumentando. En una revisión sistemática llevada a cabo por Lindberg y Vingard (2012), los resultados vinculan fuertemente el ambiente de trabajo y la capacidad de proporcionar una atención segura y de calidad. En la revisión, los siguientes nueve (9) elementos fueron identificados como necesarios para lograr un lugar de trabajo saludable:

- Colaboración/trabajo en equipo
- Desarrollo de la persona
- Reconocimiento
- Participación de los empleados
  - Líderes positivos, accesibles y justos
  - Autonomía y empoderamiento
- Dotación de personal adecuada
- Comunicación especializada
- Ambiente físico seguro

REFLEXIÓN

¿Recuerda su primer trabajo? Tal vez su primer trabajo fue en Enfermería, o tal vez en otro campo. Lo más probable es que lo primero que recuerde sean las personas. Las relaciones del personal y el trabajo en equipo son aspectos fundamentales del ambiente de trabajo.

Todas estas áreas se abordan en las 12 Guías de RNAO de sistemas y entornos laborales saludables.

LOS ENTORNOS LABORALES SALUDABLES Y EL IMPACTO EN LOS ENTORNOS SANITARIOS

Las organizaciones con entornos laborales saludables reconocen que las personas y sus relaciones son el núcleo de su capacidad para lograr su misión dentro del contexto de la visión general y del plan estratégico (Burgess & Purkis, 2010; RNAO, 2016a). El ambiente de trabajo y las múltiples influencias dentro del lugar de trabajo (como se describe en el modelo conceptual de entornos laborales saludables) tienen un impacto en el bienestar mental y físico de los empleados, incluyendo los roles culturales, sociales y profesionales que desempeñan las enfermeras y otros miembros del equipo interprofesional.

AMBIENTE LABORAL Y RESULTADOS DE LAS ENFERMERAS

Es importante examinar el ambiente de trabajo como parte del aumento de la calidad para mejorar los resultados de las enfermeras y, por extensión, los resultados de los pacientes (Baernholdt & Mark, 2009). Unos

servicios de apoyo mejores, un ritmo de trabajo fluido, enfermeras comprometidas y un entorno de trabajo que permita la práctica autónoma de la Enfermería contribuyen a unos resultados de Enfermería sólidos (Baernholdt & Mark, 2009).

Otros factores del entorno de trabajo que influyen en los resultados de las enfermeras y, en última instancia, de los pacientes son (Grinspun, 2002, 2003, 2007; Grinspun & Anyinam, 2014; O'Brien-Pallas & Hayes, 2010; Pearson, et al., 2007a; 2007b; RNAO, 2008):

1. Carga de trabajo de Enfermería
2. Trabajos eventuales (o aumento del número de personal temporal a tiempo parcial) de la fuerza de trabajo de Enfermería
3. La edad demográfica en muchas jurisdicciones
4. Liderazgo en Enfermería
5. Apoyo financiero
6. Respeto

Chachula, Myrick y Yonge (2015) examinaron los factores y procesos psicosociales básicos involucrados en la decisión de las enfermeras recién diplomadas en el oeste de Canadá de abandonar la profesión de manera permanente. Los resultados del estudio (Chachula et al., 2015) indicaron que las participantes rescindieron de sus identidades de enfermeras debido a la ausencia de recompensas intrínsecas y extrínsecas (por ejemplo, apoyo, validación y legitimación de sus roles).

También se reflejaron en los hallazgos cuatro categorías interconectadas (Chachula et al., 2015):

1. Navegar por las limitaciones del sistema de salud y del lugar de trabajo (por ejemplo, tensión, rigidez, falta de respuesta, burocracia, alta carga de pacientes, recortes, malas condiciones de trabajo).
2. Negociar las relaciones sociales, jerarquías y comportamientos problemáticos (por ejemplo, jerarquías, violencia horizontal y lateral, acoso).
3. Enfrentar temores, traumas y desafíos (por ejemplo, sensibilidad, muertes de pacientes, crítica).
4. Sopesar las recompensas y tensiones que compiten entre sí (por ejemplo, perder la alegría de amamantar, sopesar los aspectos positivos y negativos).

Estos hallazgos se relacionan directamente con el ambiente de trabajo y se ha sugerido que los factores que alimentan la actual escasez de enfermeras son el resultado de ambientes laborales poco saludables (Dunleavy, Shamian y Thomson, 2003; Grinspun, 2010; RNAO, 2008, 2017b). A esto se suman los modelos de financiación que dificultan que los lugares de trabajo contraten al personal más cualificado para prestar y supervisar la compleja atención que requiere el sistema de salud actual. Esto tiene un impacto definitivo en la calidad de la atención, ya que varios estudios han demostrado una relación entre los resultados positivos de los pacientes y una dotación suficiente de personal de Enfermería titulado (Drach-Zahavy, 2004; Mattila et al., 2014; RNAO, 2016b).

Havaei, MacPhee y Dahinten (2016) analizaron la combinación de habilidades en entornos de cuidados intensivos y dos resultados de las enfermeras, a saber, el agotamiento emocional y la intención de irse. Los hallazgos identificaron que aquellos con un nivel más alto de agotamiento emocional, alta carga de trabajo y exposición a la falta de respeto, y aquellos con un nivel más alto de agotamiento emocional que buscaban un cambio en su carrera eran más propensos a dejar la profesión por completo. En el sector de la atención domiciliaria se observaron resultados similares. Es decir, las enfermeras de atención domiciliaria que informaron tener la intención de irse deseaban tener: mayor calidad de atención evaluada por enfermeras,

mayor variedad de pacientes, mayor satisfacción con el salario y los beneficios, mayor estabilidad de los ingresos, mayor continuidad de la atención al paciente, mayor importancia en el trabajo, relaciones más positivas con los supervisores y mayor equilibrio entre el trabajo y la vida personal (Tourangeau, Patterson, Saari, Thomson, & Cranley, 2017).

ENTORNO LABORAL Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES

Los resultados de los pacientes asociados con entornos laborales saludables que reflejan las buenas prácticas relacionadas con la dotación de personal, la combinación de personal, el trabajo en equipo y el liderazgo incluyen:

- Disminución de la mortalidad de los pacientes y mayor valor de la atención (Silber et al., 2016).
- Disminución de los resultados adversos (McHugh et al., 2016).
- Mejor dotación de personal de Enfermería y entornos laborales asociados con una mayor supervivencia de los pacientes con parada cardiaca en hospitales (McHugh et al., 2016).

Además, muchos estudios de investigación y revisiones han examinado los resultados positivos de los pacientes que se producen como resultado de la dotación de personal de Enfermería a tiempo completo (un componente crítico de un entorno laboral saludable), muchos de los cuales tienen implicaciones de ahorro de costes desde una perspectiva sistémica y organizativa:

- Disminución de la falta de atención sanitaria (Zhu et al., 2012).
- Disminución de caídas sin asistencia (Staggs & Dunton, 2014).
- Disminución de los fallos en el rescate (Harless & Mark, 2010; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007).
- Disminución del paro cardiaco (Kane et al., 2007).
- Disminución de la neumonía adquirida en el hospital (Kane et al., 2007).
- Mayor seguridad del paciente en la UCI y en la atención quirúrgica (Kane et al., 2007).

EL ENTORNO LABORAL Y LOS RESULTADOS DE LA ORGANIZACIÓN

El entorno de trabajo de las enfermeras influye en los resultados de la organización; por ejemplo, en el caso del absentismo, el coste para la organización y el sector puede ser considerable (Aldana, 2001), y a menos que se aborde la causa raíz (por ejemplo, liderazgo, carga de trabajo, dinámica de equipo, seguridad, falta de equipo y otros recursos), el absentismo debido a la enfermedad, el estrés y las lesiones continuará añadiendo costes al resultado final y, por extensión, añadirá riesgos a la atención de calidad (Aldana, 2001; Duffield et al., 2011; O'Brien-Pallas & Hayes, 2010; O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy & Shamian, 2008; RNAO, 2008, 2017b).

Las organizaciones que adoptan los principios y valores de los entornos laborales saludables, y adoptan un enfoque integral y colaborativo para asegurar que los trabajadores puedan funcionar en un ambiente seguro y respetuoso, son las que tienen más éxito en el uso de las Guías de Buenas Prácticas, lo que conduce a mejores resultados (Davies et al., 2006; Shamian & El-Jardali, 2007). Shamian y El-Jardali (2007) también reconocieron que el Programa de guías de entornos laborales saludables de RNAO tiene el potencial de crear ambientes de práctica profesional y facilitar la contratación de enfermeras y los problemas de retención que plagan la atención de la salud. Los entornos laborales saludables promueven el bienestar, el compromiso, la retención, la productividad de las enfermeras y los empleados y la seguridad del paciente, todos los cuales afectan a los costes del sistema de salud (Cohen et al., 2009; O'Brien-Pallas et al., 2008). Necesitamos enfermeras sanas y otros trabajadores de la salud que estén presentes de manera constante para influir en los buenos resultados clínicos de los pacientes.

Los trabajadores de la salud son uno de los grupos de mayor riesgo de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en Ontario y en todo Canadá. Las estadísticas lo revelan:

- El número promedio de días de trabajo perdidos por enfermedad o discapacidad fue al menos 1,5 veces mayor para los trabajadores de la salud que el promedio de todos los trabajadores (Canadian Institute for Health Information, 2005).
- La tasa de lesiones con tiempo perdido en el sector de la salud en Ontario fue de 1,27 por cada 100 trabajadores en 2015. De este tiempo perdido, el 12% estaba directamente relacionado con la violencia en el lugar de trabajo (Ministerio de Trabajo de Ontario, 2017).
- El cincuenta y cuatro por ciento (54%) de las enfermeras de Ontario han sufrido abuso físico; 85% han sido sufrido abuso verbal, y 19% han sido víctimas de violencia o abuso sexual (Ontario Nurses Association, 2015).

Los entornos laborales no saludables afectan a la capacidad de retener y contratar a los trabajadores de la salud. Las enfermedades y lesiones resultantes de estos entornos no saludables ejercen una presión adicional sobre los compañeros de trabajo, reducen la capacidad de los profesionales para satisfacer las necesidades de sus pacientes y, como ya se ha comentado anteriormente, en algunos casos pueden incluso hacer que las personas consideren abandonar su profesión (Chachula et al., 2015; Havaei et al., 2016; Public Services Health and Safety Association, 2011; Tourangeau et al., 2017).

Por lo tanto, la atención a los entornos laborales es fundamental para garantizar resultados organizativos sólidos. Los gerentes y administradores de Enfermería tienen un papel esencial a la hora de influir en el entorno de trabajo mediante el aumento de la retención de enfermeras y la prevención de la rotación del personal, con el fin de mejorar en última instancia la atención a los pacientes (Sellgren, Kajermo, Ekvall, & Tomson, 2009). Algunos factores que pueden ayudar a aumentar la retención y disminuir la rotación incluyen el reconocimiento de los desafíos a los que se enfrentan las enfermeras (Sellgren et al., 2009): la toma de decisiones clínicas compartidas y el empleo a tiempo completo (Grinspun, 2007); modelos de prestación de atención que promueven la continuidad del cuidador (Grinspun, 2010; Meyer, Wang, Li, Thomson y O'Brien-Pallas, 2009; RNAO, 2006a); la promoción de la auto-programación (Butler et al., 2009), 2011); programas de apoyo al trabajo (Luo, Lin, & Castle, 2013); condiciones de trabajo apropiadas (Nakamura et al., 2010); y personal dentro de los niveles presupuestados (North et al., 2013). En 2015, el total de días de trabajo perdidos en las ocupaciones de atención de la salud era de 13,8 por trabajador (Statistics Canada, 2014). Los beneficios financieros derivados de las mejoras en el ambiente de trabajo que conducen a la reducción del absentismo, la mejora de la productividad y la reducción de los costes sanitarios para los empleados han sido claramente documentados (Aldana, 2001; RNAO, 2017b).

REFLEXIÓN

Reflexionando de nuevo sobre ese primer trabajo, ¿recuerda si trabajó solo/a o si otros empleados fueron una parte importante de su experiencia diaria? ¿Se sintió apoyado/a? ¿Se sintió parte de un equipo? Estas son consideraciones importantes que influyen en el ambiente de trabajo y tienen un vínculo con los resultados clínicos para los pacientes. Reflexione sobre ellas también en relación con su puesto de trabajo actual.

RESULTADOS DEL ENTORNO LABORAL Y DEL SISTEMA DE SALUD

Los entornos laborales saludables también están estrechamente vinculadas a la contratación y retención de enfermeras, que son fundamentales para garantizar el acceso a los servicios sanitarios y mantener el sistema de salud (Laschinger, Wong y Grau, 2012). Un suministro adecuado de enfermeras diplomadas debidamente calificadas es fundamental para un ambiente de trabajo saludable y para la prestación de atención de calidad y basada en la evidencia (Frith, Anderson, Fan y Fong, 2012; Trinkoff et al., 2011). En un ciclo en espiral descendente, la escasez de personal afecta a la retención, como ocurre con las enfermeras insatisfechas con la

calidad de la atención que pueden proporcionar, quienes pueden dejar el lugar de trabajo y también pueden dejar la profesión. A su vez, la escasez de enfermeras puede afectar al éxito de la contratación a nivel organizativo (Berry & Curry, 2012; MacPhee, 2014; RNAO, 2000) porque las enfermeras no quieren trabajar en lugares de trabajo no saludables, y a nivel profesional, porque las enfermeras potenciales están buscando un trabajo satisfactorio y significativo.

En Canadá, los datos del Instituto Canadiense de Información sobre la Salud (CIHI) indican que hubo una disminución en el número de enfermeras diplomadas, la primera en casi dos décadas (CIHI, 2015). Esta tendencia emergente, en un momento en que los pacientes y los problemas de salud en todos los sectores se están volviendo más complejos (Lipsitz, 2012), no augura nada bueno para los entornos laborales saludables o la atención de calidad. Corresponde a los gobiernos, a los organismos profesionales, a los sindicatos, a los organismos reguladores, a las organizaciones de salud, a los gerentes individuales y a las enfermeras de atención directa trabajar juntos para utilizar la plétora de evidencias sólidas disponibles con el fin de crear entornos laborales saludables.

IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES

La implantación de los entornos laborales saludables (ver Capítulo 4) y la construcción de una cultura de seguridad para los trabajadores de la salud abre la puerta al desarrollo de una cultura de la práctica clínica basada en la evidencia. Si se abordan los problemas del entorno laboral, las enfermeras y otros profesionales clínicos y gerentes pueden centrarse en la prestación de la atención basada en la evidencia de la mayor calidad posible. La implantación de las Guías de entornos laborales saludables no es *en lugar de* la implantación de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas, sino *como apoyo de* la implantación de estas últimas. Los principios y prácticas de la ciencia de la implantación son tan críticos en la implantación de las Guías de entornos laborales saludables como lo son con las Guías de Buenas Prácticas Clínicas. Las Herramientas de implantación de RNAO (2012c) abordan los principios de la ciencia de la implantación en lo que se refiere a la adopción de las guías clínicas y de sistemas y entornos laborales saludables, e incluye ejemplos relevantes relacionados específicamente con las Guías de entornos laborales saludables para ayudar a los usuarios. El estudio de caso en la página 87 es uno de los muchos ejemplos que demuestran cómo la atención a los problemas del entorno laboral mejoró la capacidad de avanzar en la práctica clínica basada en la evidencia.

GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES: EVALUAR LOS PROCESOS DE IMPLANTACIÓN Y LOS RESULTADOS

La evaluación de los enfoques para crear entornos de trabajo saludables utilizando las Guías de entornos laborales saludables es imperativa y debe ser un factor desde el principio de cualquier iniciativa para planificar cambios que mejoren el lugar de trabajo. Existen numerosas herramientas para valorar y evaluar los diversos componentes del entorno laboral y, dentro de cada una de las Guías de entornos laborales saludables de RNAO, existen guías de evaluación e indicadores específicos de estructura, proceso y resultados que pueden utilizarse para medir el impacto de la implantación de la guía. Los indicadores estructurales se refieren a los apoyos necesarios para estar disponibles en la organización (por ejemplo, personas, entidades físicas, políticas, computadoras accesibles) que permiten a las enfermeras y a otras personas proporcionar atención de calidad en un lugar de trabajo que apoya la salud y el bienestar del personal. Los indicadores del proceso (por ejemplo, formación, reuniones de

REFLECTION

Cuando se encuentra en un lugar de trabajo, ¿cuáles son los indicadores que suele utilizar para determinar la salud del entorno laboral?

equipo, revisiones de seguridad) incluyen los métodos o sistemas implementados y desarrollados para lograr los resultados. Los resultados medidos examinan los estados deseados para los pacientes y los profesionales que resultan de la adopción de procesos de trabajo saludables (Donabedian, 2005). La satisfacción del personal y, por supuesto, la excelencia clínica son también indicadores clave de la salud del entorno laboral.

ESTUDIO DE CASO

GUÍAS DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES Y EXCELENCIA CLÍNICA: LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SCARBOROUGH AND ROUGE

En representación de las instalaciones de Birchmount y del Hospital Scarborough and Rouge en Toronto (Canadá), comenzamos a centrarnos en un lugar de trabajo saludable como parte de nuestro trabajo previo a su designación como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (BPSO, por sus siglas en inglés). Esta decisión surgió a partir de un fuerte interés identificado a través de grupos focales, una revisión de los informes de incidentes y la participación de los líderes. Sabíamos que era importante que nuestro entorno de trabajo fuera lo más saludable posible, ya que nos comprometimos en la construcción de relaciones de confianza entre nosotros y trabajamos como un equipo cohesivo para crear los cambios clínicos necesarios para la implantación de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas. Este enfoque en el lugar de trabajo saludable nos mostró que había áreas que requerían mejoras.

Elegimos implantar la Guía de entornos laborales saludables *Prevención y gestión de la violencia en el lugar de trabajo* (RNAO, 2009), porque el acoso en el lugar de trabajo era un factor que había preocupado a varios de nuestros empleados y equipos de liderazgo. Formamos un grupo de trabajo, que incluía representantes del equipo interprofesional, del departamento de salud ocupacional, de seguridad y del liderazgo formal. Usando las recomendaciones de la guía a nivel individual, de equipo y de organización, identificamos y trabajamos en una serie de estrategias basadas en la evidencia que se presentaron.

Estas estrategias involucraron a todo el personal e incluyeron: una extensa encuesta previa en el hospital, una revisión de las políticas, formación contra el acoso, un plan de respuesta mejorado para los incidentes, así como otro tipo de formaciones relacionadas con el bienestar y la reducción de la violencia.

También realizamos un seguimiento regular de los informes de incidentes en busca de tendencias y cuestiones emergentes, que fueron seguidos por los líderes dentro de la organización para garantizar una respuesta oportuna y aportar información a nuestro comité para su atención continua.

Aunque todo el personal participó en la formación contra el acoso y se vio afectado por las nuevas políticas y procedimientos, equipos específicos en áreas identificadas llevaron a cabo más estrategias, como la creación de estatutos contra el acoso para sus unidades.

Llevamos a cabo una encuesta posterior y, como cabría esperar, con más conocimientos sobre lo que constituía el acoso, mayor atención a un lugar de trabajo respetuoso y claridad de los procesos de denuncia, la encuesta posterior a la implantación mostró un mayor número de personas que declararon haber sufrido violencia en el lugar de trabajo. Estos resultados nos ayudaron a todos a ser más conscientes de la magnitud del problema y a trabajar juntos para satisfacer las mayores expectativas que estábamos estableciendo.

El enfoque en este aspecto de un entorno laboral saludable permitió al personal apreciar que su bienestar era importante, e impactó a su moral y su compromiso. Nuestro trabajo en la implantación de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas fue facilitado a través de esta atención inicial a un tema crítico en el lugar de trabajo y ayudó al personal a enfocarse en la atención basada en la evidencia para sus pacientes, sabiendo que la organización los estaba apoyando. Los éxitos de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas se debieron en parte a la implantación de las Guías de entornos laborales saludables.

Permiso de uso por el Scarborough and Rouge Hospital, Scarborough, Ontario, Canadá.

Dentro de NQuIRE® (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation), el sistema de datos internacionales de RNAO utilizado para medir el impacto de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas, existen indicadores estructurales genéricos de recursos humanos e indicadores de procesos y resultados relacionados con cada guía clínica. Los indicadores estructurales son los factores y componentes que forman el entorno laboral. Hasta la fecha, en los diccionarios de datos de NQuIRE, los indicadores estructurales reflejan las Guías de entornos laborales saludables: *Desarrollo y mantenimiento de prácticas efectivas de personal y de carga de trabajo*, segunda edición (RNAO, 2017b) y *Práctica colaborativa en los equipos*

de Enfermería, segunda edición, (RNAO, 2016a). Sin embargo, con el tiempo, estos indicadores se ampliarán para incluir aspectos de otras Guías de entornos laborales saludables. El valor de medir estos indicadores en relación con los indicadores de proceso (lo que la enfermera hace por el paciente) y los indicadores de resultado (el estado de salud del paciente) es lo que nos ayuda a comprender mejor el impacto del entorno laboral de la asistencia sanitaria en la práctica (indicadores de proceso) y, posteriormente, en los resultados del paciente. En un ambiente fiscalmente consciente, dicho conocimiento es crucial para ayudarnos a aprender las mejores maneras de maximizar los resultados y minimizar los costes.

HACIA EL FUTURO

Mientras esperamos con interés cómo las Guías de entornos laborales saludables pueden continuar respaldando los resultados clínicos positivos para los pacientes, así como mejores resultados para los profesionales sanitarios y la organización, el enfoque de RNAO es la actualización continua de todas los Guías de entornos laborales saludables para reflejar la evidencia actual, incorporando las últimas investigaciones en esta área. Además, RNAO seguirá desempeñando un papel de liderazgo en la promoción y el apoyo de estudios que exploren las relaciones entre las estructuras y los procesos del lugar de trabajo, así como los resultados clínicos, de los profesionales sanitarios y de la organización.

Las Guías de Buenas Prácticas Clínicas de RNAO continuarán incluyendo dentro de las recomendaciones para las organizaciones y los sistemas sanitarios, los aspectos principales de los entornos laborales saludables que permiten un cambio sostenido en la práctica clínica y que conducen a mejores resultados para los pacientes. Además, a medida que madure el NQuIRE de RNAO, se recogerá más de las Guías de entornos laborales saludables en los indicadores estructurales, lo que permitirá una mejor comprensión de la interconexión entre la práctica de la Enfermería basada en la evidencia y los ambientes de trabajo. Como se señaló en el Capítulo 1, la calidad de la atención al paciente es tanto una responsabilidad individual como colectiva.

CONCLUSIÓN

Este capítulo muestra los ambientes laborales saludables, y su importancia para la excelencia clínica y el bienestar del paciente, a través de la mejora de los resultados de profesionales sanitarios, organizaciones y sistemas. Destaca también la urgente necesidad de prestar atención a los entornos de trabajo y por qué es fundamental, especialmente en el ámbito de la atención sanitaria. El capítulo describe los numerosos recursos desarrollados por RNAO, incluidas las Guías de sistemas y entornos laborales saludables, y cómo su uso por parte de los profesionales y otras partes interesadas dentro y fuera de las organizaciones puede marcar una diferencia en el amplio espectro de resultados en los que influyen.

El ambiente de trabajo no puede olvidarse en ningún entorno, ya que es evidente que las personas que tienen que desempeñar sus funciones necesitan tener la preparación y los recursos adecuados para realizar su trabajo, así como sentirse valoradas, respetadas, comprometidas y reconocidas. Esto es vital en la atención sanitaria, donde los objetivos de la atención y los servicios, nuestros pacientes y nuestras familias son a menudo los más vulnerables entre nosotros. Lo que es bueno para las enfermeras y otros trabajadores de la salud, en términos del entorno laboral, también es bueno para los pacientes.

MENSAJES CLAVE

- La excelencia clínica se ve favorecida por una serie de factores, entre los que se incluye la salud del entorno laboral.
- La adopción de guías clínicas basadas en la evidencia se ve reforzada por la atención prestada a los elementos del entorno laboral que influyen en la satisfacción del personal, como el acceso a los recursos, la confianza, el trabajo en equipo, las recompensas y el reconocimiento.
- El liderazgo en todos los roles y sectores es un factor crítico del entorno laboral que afecta la capacidad del personal sanitario para captar la evidencia y ser capaces de ofrecer una práctica basada en la evidencia todos los días y a lo largo del tiempo.
- La medición de los resultados clínicos debe ir de la mano con la medición estructural de los indicadores del entorno laboral que nos ayudan a determinar el contexto de la excelencia clínica.
- Las Guías de sistemas y entornos laborales saludables de RNAO describen recomendaciones que ayudan a los profesionales de la salud (individuos y equipos), a las organizaciones y al sistema a crear entornos laborales saludables para todos, lo que, en última instancia, marca una diferencia para los pacientes.

REFERENCIAS

Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, *15*(5), 296–320.

Baernholdt, M., & Mark, B. A. (2009). The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *Journal of Nursing Management*, *17*(8), 994–1001.

Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., . . . Ryan, L. (2001, June). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients, and the system*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation and the Challenge Foundation.

Berry, L., & Curry, P. (2012). Nursing workload and patient care. Ottawa, ON: The Canadian Federation of Nurses Unions. Retrieved from https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/07/cfnu_workload_printed_version_pdf.pdf

Burgess, J., & Purkis, M. E. (2010). The power and politics of collaboration in nurse practitioner role development. *Nursing Inquiry*, *17*(4), 297–308.

Butler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P., O'Mathuna, D. P., Schultz, T. J., . . . Vilis, E. (2011). Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 7. doi:10.1002/14651858.CD007019.pub2

Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2005). *Canada's health care providers: 2005 chartbook*. Retrieved from https://secure.cihi.ca/free_products/HCP_Chartbook05_e.pdf

Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2015, June 23). *Regulated Nurses, 2014*. Ottawa, ON: CIHI.

Chachula, K. M., Myrick, F., & Yonge, O. (2015). Letting go: How newly graduated registered nurses in Western Canada decide to exit the nursing profession. *Nurse Education Today*, *35*(7), 912–918.

Cohen, J., Stuenkel, D., & Nguyen, Q. (2009). Providing a Healthy Work Environment for Nurses: The Influence on Retention. *Journal of Nursing Care Quality*, *24*(4), 308–315. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181a4699a

Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., . . . Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(3), 363–385. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006

Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., Virani, T., Skelly, J., & Dobbins, M. (2006). *Determinants of the sustained use of research evidence in nursing*. Retrieved from http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/davies_final_e.pdf

DeJoy, D. M., & Southern, D. J. (1993). An integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Occupational Medicine*, *35*(12), 1221–1230.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Millbank Quarterly 83*(4), 691–729.

Drach-Zahavy, A. (2004). Primary nurses' performance: Role of supportive management. *Journal of Advanced Nursing*, *45*(1), 7–16.

Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., . . . Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, *24*(4), 244–255.

Dunleavy, J., Shamian, J., & Thomson D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse*, *99*(3), 23–26.

Farmanova, E., Judd, M., Maika, C., & Wilkes, G. (For Canadian Foundation for Healthcare Improvement). (2015, November). *Much more than just a visit*: *A review of visiting policies in select Canadian acute care hospitals*. Retrieved from http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/patient-engagement/better-together-baseline-report.pdf?sfvrsn=10

Frith, K., Anderson, E. F., Fan, T., & Fong, E. (2012). Nurse staffing is an important strategy to prevent medication errors in community hospitals. *Nursing Economics*, *30*(5), 288–294.

Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, *10*(4), 270–281.

Griffin, P., El-jardali, F., Tucker, D., Grinspun, D., Bajnok, I., & Shamian, J. (2003). What's the fuss about? Why do we need healthy work environments for nurses anyway? *Human Resources Database*. Retrieved from http://www.longwoods.com/content/18026

Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. In D. L. Gustafson (Ed.), *Care and consequence: Health care reform and its impact on Canadian women* (pp. 25–48). Halifax, NS: Fernwood Publishing.

Grinspun, D. (2002). A flexible nursing workforce: Realities and fallouts. *Hospital Quarterly*, *6*(1), 79–84.

Grinspun, D. (2003). Part-time and casual nursing work: The perils of health-care restructuring. *The International Journal of Sociology and Social Policy*, *23*(8/9), 54–70.

Grinspun, D. (2007). Healthy workplaces: The case for shared clinical decision making and increased full-time employment. *Healthcare Papers*, *7*(Special Issue), 85–91.

Grinspun, D. (2010). *The social construction of nursing caring*. (Doctoral dissertation). Toronto, ON: York University.

Grinspun, D., & Anyinam, C. (2014). Leadership. In S. Coffey & C. Anyinam (Eds.), *Interprofessional health care practice* (1st ed.) (pp. 131–158). Toronto, ON: Pearson Canada Inc.

Grinspun, D., Virani, T., & Bajnok, I. (2002). Nursing Best Practice Guidelines: The RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) project. *Hospital Quarterly*, *5*(2), 56–60.

Harless, D. W., & Mark, B. A. (2010). Nurse staffing and quality of care with direct measurement of inpatient staffing. *Medical Care*, *48*(7), 659–663.

Havaei, F., MacPhee, M., & Dahinten, V. S. (2016). RNs and LPNs: Emotional exhaustion and intention to leave. *Journal of Nursing Management*, *24*, 393–399.

Izzo, J. (2001). The shift in the work ethic and implications for employers. *Employment Relations Today*, *28*(2), 53–61.

Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. (2007). Nurse staffing and quality of patient care. Evidence Report/Technology Assessment, *151*, 1–115.

Laschinger, H., Wong, C., & Grau, A. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(10), 1266–1276.

Lindberg, B., & Vingard, E. (2012). Indicators of healthy work environments—A systematic review. *Work*, *41*(Supplement 1), 3032–3038.

Lipsitz, L. A. (2012). Understanding health care as a complex system: The foundation for unintended consequences. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, *308*(3), 243–244. http://doi.org/10.1001/jama.2012.7551

Lowe, G. S. (2002). High-quality healthcare workplaces: A vision and action plan. *Hospital Quarterly*, *5*(4), 49–56.

Lowe, G. S. (2004). *Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces*. [PDF document]. Retrieved from http://grahamlowe.ca/events/thriving-on-healthy-reaping-the-benefits-in-our-workplaces/

Luo, H., Lin, M., & Castle, N. G. (2013). The correlates of nursing staff turnover in home and hospice agencies: 2007 National Home and Hospice Care Survey. *Research on Aging*, *35*(4), 375–392.

MacPhee, M. (2014). Valuing patient safety: Responsible workforce design. Ottawa, ON: Canadian Federation of Nurses Unions.

Mattila, E., Pitkanen, A., Alanen, S., Leino, K., Luojus, K., Rantanen, A., & Aalto, P. (2014). The effects of the primary nursing care model: A systematic review. *Journal of Nursing Care*, *3*(6). http://dx.doi.org/10.4172/2167-1168.1000205

McHugh, M. D., Rochman, M. F., Sloane, D. M., Berg, R. A., Mancini, M. E., Nadkarni, V. M., . . . Aiken, L. H. (2016). Better nurse staffing and work environments associated with increased survival of in-hospital cardiac arrest patients. Medical Care, 54(1), 74–80.

Meyer, R. M., Wang, S., Li, X., Thomson, D., & O'Brien-Pallas, L. (2009). Evaluation of a patient care delivery model: Patient outcomes in acute cardiac care. *Journal of Nursing Scholarship*, *41*(4), 399–410.

Nakamura, E., Tanabe, N., Sekii, A., Honda, A., Hoshino, E., Seki, N., . . . Suzuki, H. (2010). Staff nurses' intention to remain employed in small- and medium-sized hospitals, with a focus on their working conditions. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, *220*(3), 191–198.

North, N., Leung, W., Ashton, T., Rasmussen, E., Hughes, F., & Finlayson, M. (2013). Nurse turnover in New Zealand: Costs and relationships with staffing practises and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, *21*(3), 419–428.

O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, *5*(2), 12–16.

O'Brien-Pallas, L., & Hayes, L. (2010). Nursing workforce and health policy. In A. S. Hinshaw & P. Grady (Eds.), *Shaping health policy through nursing research* (pp. 231–249). New York, NY: Springer Publishing Co.

O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., & Shamian, J. (2008). *Final report: Understanding the costs and outcomes of nurses' turnover in Canadian hospitals (Nursing Turnover Study).* University of Toronto: Nursing Health Services Research Unit.

O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., White S., Hayes, L., Baumann, A., Higgin, A., . . . Wang, S. (2005). *Building the future: An integrated strategy for nursing human resources in Canada—Research synthesis report of research findings*. Ottawa, ON: The Nursing Sector Study Corporation.

Ontario Ministry of Labour. (2017). *Health care sector injury statistics*. Retrieved from https://www.ontario.ca/document/health-care-sector-plan-2017-18/health-care-sector-injury-statistics

Ontario Nurses Association. (2015). *Violence should not be part of the job.* Retrieved from https://www.ona.org/wp-content/uploads/ona_flfeature_workplaceviolence_201505.pdf?x72008

Pearson, A., Pallas, L. O., Thomson, D., Doucette, E., Tucker, D., Wiechula, R., . . . Jordan, Z. (2006c). Systematic review of evidence on the impact of nursing workload and staffing on establishing healthy work environments. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *4*(4), 337–384.

Pearson, A., Porritt, K., Doran, D., Vincent, L., Craig, D., Tucker, D., . . . Long, L. (2006b). A systematic review of evidence on the professional practice of the nurse and developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *4*(3), 221–261.

Pearson, A., Porritt, K. A., Doran, D., Vincent, L., Craig, D., Tucker, D., . . . Henstridge, V. (2006a). A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *4*(2), 118–159. doi:10.1111/j.1479-6988.2006.00039.x

Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D., & Long, L. (2007a). Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *5*(2), 208–253.

Pearson, A., Srivastava, R., Craig, D., Tucker, D., Grinspun, D., Bajnok, I., . . . Gi, A. A. (2007b). Systematic review on embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *5*(1), 54–91.

Public Services Health and Safety Association. (2011). *What is a healthy work environment (HWE)?* Retrieved from http://www.healthyworkenvironments.ca/AboutUs.htm

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2000) *Ensuring the care will be there: A report on recruitment and retention in Ontario*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Client centred care* (Revised Supplement).Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006b). *Collaborative practice among nursing teams.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006c). *Developing and sustaining nursing leadership.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007a). *Developing and sustaining effective staffing and workload practices*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007b). *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007c). *Professionalism in nursing*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2008). *Workplace health, safety and well-being of the nurse*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *Preventing and managing violence in the workplace.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010). *Pilot evaluation of implementation and update of healthy work environment Best Practice Guidelines: Final report.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011). *Preventing and mitigating nurse fatigue in health care.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a). *Managing and mitigating conflict in health-care teams*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Managing and mitigating conflict: Tips and tools for nurses.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/CONFLICT_8.5_x_5.5_WEB.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012c). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013a). *Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013b). *Developing and sustaining nursing leadership* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013c). *The healthy work environments quick reference guide*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/HWE_PocketGuide2013.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014a). *Developing and sustaining interprofessional health care: Tips and tools for health-care teams*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/IPC_TIPS_AND_TOOLS_0.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014b). *Developing and sustaining nursing leadership: Tips and tools.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/LEADERSHIP_16.5_x_8.5_WEB_0.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014c). *Managing and mitigating fatigue: Tips and tools for nurses.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FATIGUE_8.5_x_5.5_WEB.PDF

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014d). *Point-of-care leadership tips and tools for nurses.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/POC_16.5_x_8.5_WEB_0.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014e). *Preventing and managing violence: Tips and tools for nurses.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/VIOLENCE_8.5_x_5.5_WEB.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016a). *Intra-professional collaborative practice among nurses* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016b). *Mind the safety gap in healthy system transformation: Reclaiming the role of the RN*. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/HR_REPORT_May11.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016c). *Practice education in nursing*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017a). *Adopting e-Health solutions: Implementation strategies*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017b). *Developing and sustaining safe, effective staffing and workload practices.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Rogers, S. (2004). Why can't I visit? The ethics of visitation restrictions—Lessons learned from SARS. *Critical Care*, *8*(5), 300–302. http://doi.org/10.1186/cc2930

Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., . . . Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, *11*(2), 174–180.

Sellgren, S. F., Kajermo, K. N., Ekvall, G., & Tomson, G. (2009). Nursing staff turnover at a Swedish university hospital: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(22), 3181–3189.

Shamian, J., & El-Jardali, F. (2007). Healthy workplaces for health workers in Canada: Knowledge transfer and uptake in policy and practice. *HealthcarePapers*, 7(Sp), 6–25.

Silber, J. H., Rosenbaum, P. R., McHugh, M. D., Ludwig, J. M., Smith, H. L., Niknam, B. A., . . . Aiken, L. H. (2016). Comparison of the value of nursing work environments in hospitals across different levels of patient risk. JAMA Surgery, *151*, 527–536.

Staggs, V. S., & Dunton, N. (2014). Associations between rates of unassisted inpatient falls and levels of registered and non-registered nurse staffing. *International Journal for Quality in Health Care*, *26*(1), 87–92.

Statistics Canada. (2014). *Absence rates of full-time employees, 2013*. Retrieved from http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140424/dq140424g-eng.htm

Tourangeau, A. E., Patterson, E., Saari, M., Thomson, H., & Cranley, L. (2017). Work-related factors influencing home care nurse intent to remain employed. *Health Care Manage Rev*, *42*(1), 87–97.

Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Gurses, A. P., Liang, Y., & Han, K. (2011). Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nursing Research*, *60*(1), 1–8.

Zhu, X. W., You, L. M., Zheng, J., Liu, K., Fang, J. B., Hou, S. X., . . . Zhang, L. F. (2012). Nurse staffing levels make a difference on patient outcomes: A multisite study in Chinese hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, *44*(3), 266–273.

UNIDAD

2

CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN: SEGUNDO PILAR PARA EL ÉXITO

4 FORJANDO EL CAMINO CON LA CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN 95

5 LA TECNOLOGÍA COMO ELEMENTO FACILITADOR DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA 117

6 BPSO—CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS: LA CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN EN SU MÁXIMA EXPRESIÓN 141

7 LOS BPSO PIONEROS: CREAR, SOSTENER Y EXPANDIR LAS CULTURAS BASADAS EN LA EVIDENCIA A TRAVÉS DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO 167

8 CREANDO CULTURAS BASADAS EN LA EVIDENCIA A LO LARGO DEL SISTEMA DE SALUD 187

9 MEJORAR EL CURRÍCULO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA EVIDENCIA Y LA COMPETENCIA EN LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA 217

CAPÍTULO

4

FORJANDO EL CAMINO CON LA CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN

Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD (hon), Dr (hc), O.ONT
Heather McConnell, MA(Ed), BScN, RN
Tazim Virani, PhD, RN
Janet E. Squires, PhD, RN

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Reconocer que la transferencia y la adopción de las Guías de Buenas Prácticas (Guías) en el trabajo clínico cotidiano requiere intervenciones activas y a varios niveles.
- Comprender las estrategias multifacéticas que se pueden utilizar para crear cambios sostenidos en la práctica clínica y académica basados en la evidencia y cómo implantarlas.
- Describir los recursos de implantación de RNAO basados en la evidencia que apoyan la asimilación de las Guías en el ámbito académico y de los servicios.
- Analizar las últimas tendencias en la ciencia de la implantación.

INTRODUCCIÓN

Este capítulo proporciona la base para el trabajo innovador de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) sobre la implantación de las Guías de Buenas Prácticas a un nivel de intervención micro, meso y macro. Analizamos las estrategias de implantación de RNAO y las herramientas de implantación basadas en la evidencia en lo que se refiere a los proveedores individuales de atención sanitaria, las instituciones y el sistema de salud en su conjunto. También compartimos dos recursos clave de implantación basados en la evidencia para las organizaciones de servicios y el mundo académico. Terminamos el capítulo con una discusión de las últimas tendencias en la ciencia de la implantación, incluyendo: transferencia de conocimiento integrada y compromiso del paciente, tecnología habilitada y transferencia de conocimiento basada en las artes, evaluación del desarrollo y el concepto de desimplantación.

Como se discutió en el Capítulo 1, ha nutrido al programa de Guías para que madure de una manera orgánica basada en las macro teorías de los movimientos sociales y de cambios de todo un sistema; los marcos meso del conocimiento para la acción—en la práctica; las teorías de la difusión, la innovación y el conocimiento distribuido; y los aprendizajes continuos sobre el terreno. En ningún otro lugar ha sido más evidente este enfoque que en la metodología de implantación de RNAO. Desde el inicio del Programa de Guías, RNAO ha tenido un compromiso deliberado con los grupos interesados a gran escala. La marca registrada de RNAO como una asociación profesional "activista" para asuntos de política es la piedra angular de todos los aspectos del Programa de Guías. Los grupos interesados aprovecharon la oportunidad colectiva de participar en el Programa de Guías y han contribuido generosamente con su compromiso, experiencia y tiempo inquebrantables. Su retroalimentación es continua y rica, siempre reforzando que juntos debemos asegurarnos de que las Guías sean verdaderamente implementadas en la práctica y no se queden como libros en el estante. Así, mientras que las Guías rigurosamente desarrolladas son fundamentales para el Programa de Guías, su implantación sólida y dinámica es lo que le da vida en la práctica diaria de los profesionales clínicos, en las instituciones y en todo el sistema de salud.

Durante la década de 1990, cuando comenzó el programa, el enfoque más común para apoyar la práctica de la Enfermería basada en la evidencia fue realizar sesiones formativas (Forsetlund et al., 2009; Kitson, Harvey, & McCormack, 1998). RNAO reconoció rápidamente que después de esa formación, era difícil para los profesionales poner en práctica lo que habían aprendido una vez que volvían a su entorno de trabajo. Dependía en gran medida del apoyo que recibían de sus colegas y gestoresen el ámbito de la práctica, así como la disponibilidad de recursos (Canadian Institutes of Health Research[CIHR], 2012b; Grinspun, Melnyk, & Fineout-Overholt, 2014; Kitson et al., 1998; RNAO, 2012). Las mismas barreras o bloqueos todavía existen hoy en día como cuando comenzó el programa de Guías de RNAO. Por ejemplo, ¿existen las herramientas basadas en la evidencia necesarias para guiar y documentar las intervenciones de Enfermería? ¿Cómo hará el seguimiento de las intervenciones el resto del personal? ¿Dispondrán de los suministros y equipos necesarios para apoyar las intervenciones? Lo que el Programa de Guías ha hecho a través de su metodología de implantación es equipar a las enfermeras con enfoques y técnicas para superar los desafíos. Estos enfoques y técnicas se detallan a continuación.

IMPLANTACIÓN MULTIFACÉTICA Y A DISTINTOS NIVELES

Desde el inicio del Programa de Guías en 1999, RNAO y sus partes interesadas tuvieron claro que se necesitaba un enfoque multifacético para implantar las Guías a fin de lograr un cambio sostenible en la práctica y resultados positivos en materia de salud. El enfoque inicial se centró en la traducción y transferencia de conocimientos, y en el apoyo a los cambios en la práctica, abordando los factores facilitadores y las barreras para lograr el cambio (Grinspun, Virani y Bajnok, 2002). El término "ciencia de la implantación" era en ese momento solo un concepto emergente y no se utilizaba o entendía ampliamente. De hecho, no

fue hasta 2006 cuando se publicó la primera revista dedicada a la ciencia de la implantación. Sus editores definieron el concepto como "el estudio de métodos para promover la adopción e integración de prácticas, intervenciones y políticas basadas en la evidencia en la atención de salud rutinaria y los entornos de salud pública" (Eccles & Mittman, 2006: p.1). El enfoque de RNAO para apoyar la implantación de las Guías ha evolucionado junto con el programa. Cuando se publicaron las primeras guías en 2001, el enfoque de RNAO para apoyar la aplicación era rudimentario. Durante el primer año, nos centramos en tres enfoques principales. En primer lugar, promovimos la disponibilidad de las guías a través de un plan de difusión que incluía estrategias tales como una conferencia inaugural para presentar las guías a la comunidad de Enfermería, la publicación de una serie de artículos relacionados con diversos aspectos del Programa de Guías, la distribución en papel a los principales interesados, incluidas las escuelas de Enfermería, y la garantía de que las guías fueran accesibles a la comunidad sanitaria en general y estuvieran disponibles para su descarga gratuita a través del sitio web de RNAO. En segundo lugar, lanzamos la Red de Impulsores de Buenas Prácticas (Best Practice Champion Network) con enfermeras de una variedad de lugares de trabajo, formadas por RNAO, para ayudar a los colegas en la implantación de las Guías. En tercer lugar, identificamos las organizaciones de servicio para poner a prueba las Guías y juntos aprendimos sobre estrategias de implantación efectivas. A continuación, se presentan los aspectos más destacados de cada nivel junto con las estrategias de implantación relacionadas, que se describen en la Figura 4.1 en los círculos internos y externos del pilar de implantación del Programa Guías.



FIGURA 4.1 Pilar de implantación del Programa de Guías de RNAO.
© Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

Como se destaca en el Capítulo 1, la ejecución ha pasado de ser rudimentaria a ser un conjunto sofisticado y completo de subprogramas multifacéticos y a distintos niveles, todos ellos destinados a optimizar la adopción, la sostenibilidad y el respaldo de la evidencia. De hecho, el Programa de Guías trabaja en tres niveles de implantación distintos e interrelacionados: un nivel micro diseñado para enfermeras y profesionales de la salud individuales, un nivel meso diseñado para las instituciones y un nivel macro diseñado para los sistemas sanitarios. A continuación, se presentan los aspectos más destacados de cada nivel, junto con las estrategias de implantación correspondientes.

IMPLANTACIÓN A NIVEL MICRO E INDIVIDUAL DE ENFERMERÍA

El objetivo general de la intervención de RNAO a nivel micro es trabajar con enfermeras y otros profesionales de la salud interesados en el desarrollo de su capacidad como líderes de la Guías. Se utilizan dos estrategias clave: 1) la Red de Impulsores de Buenas Prácticas; y 2) los Institutos de Aprendizaje de RNAO.

RED DE IMPULSORES DE BUENAS PRÁCTICAS

RNAO acuñó el término "Impulsor" (Champion) en 2001 tras una revisión exhaustiva de la literatura sobre agentes de cambio. El término "Impulsor" fue elegido para describir a los individuos que promueven, apoyan y defienden la práctica basada en la evidencia. Preparan el camino para el desarrollo de las culturas de práctica basada en la evidencia, identificando recursos y otras fuentes de asistencia. RNAO definió a un *impulsor* como alguien que apoya el uso de Guías y otros recursos basados en la evidencia para ayudar a la práctica clínica y la toma de decisiones. Los impulsores provienen de una variedad de puestos clínicos, educativos y de gestión, y todos trabajan para mejorar el uso de las guías en una variedad de entornos clínicos y académicos.

Los impulsores son descritos por una variedad de términos en la literatura, incluyendo agentes de cambio, corredores de conocimiento, patrocinadores y empresarios internos (Greenhalgh, Robert, Bate, MacFarlane y Kyriakidou, 2005; Locock, Dopson, Chambers y Gabbay, 2001). Rogers (2003), en su teoría de la difusión de la innovación, se refiere a los "agentes de cambio" que "influyen en las decisiones de innovación de los pacientes en una dirección que una agencia de cambio considera deseable" (p. 366). Thompson, Estabrooks y Degner (2006), citados por Ploeg et al. (2010), llevaron a cabo un análisis de concepto en esta área y concluyeron que los líderes de opinión, facilitadores, impulsores, agentes de enlace y agentes de cambio eran básicamente todos agentes de transferencia de conocimiento con diferentes etiquetas conceptuales.

RNAO creó una Red de Impulsores de Buenas Prácticas como una forma de identificar, apoyar y dinamizar a este grupo de agentes de cambio (Grinspun, Virani y Bajnok, 2002). La Red, establecida en 2002, está integrada actualmente por más de 50.000 enfermeras, estudiantes de Enfermería, otros profesionales de la salud, personal de apoyo y, más recientemente, miembros del público que conocen y sienten pasión por las Guías y que motivan y orientan activamente su adopción en sus organizaciones. Los miembros de la red se convierten en impulsores participando en un taller presencial de un día, una serie de aprendizaje virtual o un programa de aprendizaje en línea autodirigido (RNAO, 2017b). El contenido de estos programas de orientación ha sido diseñado para proporcionar a los impulsores numerosas herramientas y estrategias para promover y apoyar la implantación de las Guías de RNAO en sus organizaciones y para aclarar y consolidar su papel como impulsores. La base del plan de estudios para estas ofertas educativas es la *Herramienta: implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (Bajnok, Grinspun, Lloyd, & McConnell, 2015; RNAO, 2012), discutidas más adelante en este capítulo.

Una vez que se han convertido en impulsores, los miembros de la Red tienen acceso a varios recursos para avanzar en su rol, incluyendo boletines informativos, redes sociales, acceso a una comunidad en línea de prácticas, talleres, Institutos y seminarios web regulares de intercambio de conocimientos en los que los impulsores toman la iniciativa en la presentación de su trabajo. Los impulsores de RNAO en Ontario también tienen acceso a fondos que proporcionan oportunidades para establecer contactos y difundir su trabajo dentro de su organización y ampliarlo a su comunidad local. El apoyo financiero para los impulsores en todo Canadá y en otros países depende del contexto y las decisiones locales. Por ejemplo, en China, la Asociación de Estudiantes de Enfermería Basada en la Evidencia es apoyada y operada por estudiantes graduados de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Medicina China de Beijing (BUCM, por sus siglas en inglés).

Son impulsores de buenas prácticas que forman a estudiantes de Enfermería de la BUCM y de otras escuelas interesadas en la Enfermería basada en la evidencia. Con el apoyo del profesorado, también se dedican a traducir y a revisar las Guías, un enfoque eficaz para difundir el conocimiento de centros BPSO y preparar a más impulsores. Para más detalles, véase el Capítulo 14.

Un estudio de la Red de Impulsores de Buenas Prácticas de RNAO realizado por Ploeg y sus colegas (2010) descubrió que los impulsores de RNAO son agentes de cambio que asumen roles multidimensionales para apoyar la implantación de la Guías. Estos incluyen el papel de educador, facilitador, mentor, líder, desarrollador de políticas y evaluador. También encontraron que los impulsores utilizan muchas estrategias dirigidas a varios niveles de la organización, atienden a una variedad de partes interesadas y adaptan sus estrategias al contexto de la organización. En este estudio se identificaron tres categorías principales y subcategorías relacionadas con las estrategias de difusión de los impulsores, que se resumen en la Tabla 4.1.

TABLA 4.1. ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN DE LOS IMPULSORES DE RNAO

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS RELACIONADAS
Difusión de información sobre las guías de práctica clínica.	Provisión de formación y creación de conciencia. Actuación como recurso para apoyar y orientar a las enfermeras.
Los impulsores como líderes de práctica persuasiva.	Trabajo a través de comités. Participación y dirección de equipos interdisciplinarios.
Adaptación de las estrategias de implantación de las guías al contexto institucional.	Exploración, auditoría y seguimiento de las buenas prácticas. Realización de cambios en los sistemas de documentación para incorporar las recomendaciones de buenas prácticas.

Fuente: Ploeg et al., 2010

Los impulsores son divulgadores activos de información clínica a enfermeras y otros profesionales de la salud. Son facilitadores preparados que ofrecen apoyo y tutoría. Los impulsores son líderes de práctica persuasiva que trabajan con varias disciplinas en todos los tipos y niveles de puestos para explicar, convencer y ayudar a asegurar que la implantación y las recomendaciones de las Guías de RNAO impregnen la organización. Los impulsores navegan por complejas redes de comités y grupos de trabajo en sus organizaciones y regiones para hacer avanzar el cambio de prácticas. Las relaciones que construyen a través de las fronteras interdisciplinarias mejoran la adopción del cambio de comportamiento más allá de la profesión de Enfermería. Finalmente, los impulsores son adaptadores que confeccionan las estrategias de implantación al contexto institucional. Lo logran explorando las prácticas, revisando y siguiendo los procesos de implantación y los resultados de los pacientes. Se esfuerzan por contextualizar las guías para que sean accesibles y aplicables al personal y a los pacientes mediante el desarrollo de políticas y procedimientos para apoyar el cambio de prácticas (Ploeg et al., 2010).

REFLEXIÓN

Piense en un cambio reciente en la práctica que ocurrió en su lugar de trabajo. ¿Los "impulsores" dieron un paso adelante para liderar la implantación del cambio? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron las estrategias que usaron para apoyar a sus compañeros en el cambio de prácticas?

Los resultados de este estudio son consistentes con la experiencia actual de los líderes mundiales en la implantación de Guías de RNAO, quienes están trabajando para implantar y sostener culturas de prácticas basadas en la evidencia dentro de sus organizaciones. La siguiente reflexión sobre el papel y el impacto de los impulsores con los que trabajan refleja los puntos de vista de los demás en los centros BPSO:

> *"Tener impulsores de buenas prácticas ha tenido un impacto en la atención a los residentes y estamos viendo mejores resultados en salud de los residentes. Los Impulsores entienden la evidencia y las razones por las que las cosas se hacen de cierta manera. Los Impulsores han reunido a nuestro equipo en torno al objetivo común de mejorar la atención a los residentes".*
>
> –Sue Anderson, RN, Unit Manager and Michelle Varey, RPN, RAI Coordinator
> William George Extended Care—Meno Ya Win Health Centre
> Sioux Lookout, Ontario

INSTITUTOS DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO

El desarrollo de la capacidad de los responsables de liderar la implantación de las guías no se detuvo con el establecimiento de la Red de Impulsores de Buenas Prácticas en 2002. La retroalimentación de aquellos involucrados en el programa en ese momento indicó que se necesitaba formación adicional y desarrollo de liderazgo para apoyar la buena implantación de las guías, la evaluación y la sostenibilidad. Para responder a esta necesidad, se eligió el formato de "Semanario" y en 2002 se celebró el primer seminario de Guías de Buenas Prácticas Clínicas, al que asistieron enfermeras de diversos ámbitos de la práctica, todas ellas involucradas en los primeros días de la implantación de las Guías de RNAO.

Los Institutos de Guías de RNAO son ahora una oferta de desarrollo profesional de referencia. El formato se mantiene como un evento de varios días (3-5 días) que se lleva a cabo en un ambiente de aprendizaje, lejos de las responsabilidades diarias del trabajo y del hogar. Incluye teoría basada en la evidencia, sesiones de aportaciones, historias de campo que involucran a aquellos que están implantando activamente las Guías, trabajo en red, y el establecimiento de pequeños grupos de trabajo o de referencia conocidos como Unidades de conocimiento de buenas prácticas (BKU, por sus siglas en inglés) que apoyan el aprendizaje individual y colectivo. Un resultado clave para los participantes es utilizar el conocimiento y las habilidades adquiridas en el seminario para elaborar un plan relacionado con la introducción, implantación, evaluación o sostenibilidad de las guías que puedan movilizar en su lugar de trabajo.

El plan de estudios original incluía elementos de la *Herramienta: implantación de las Guías de práctica clínica* (Herramienta) de RNAO (2002) y trató: los fundamentos de los tipos de evidencia que informan la práctica, el vínculo entre la investigación y la práctica, la facilitación y la supervisión clínica, la capacitación de las culturas de práctica basadas en la evidencia, las estrategias para apoyar el cambio clínico, la gestión de proyectos, la participación de los grupos interesados, la preparación ambiental, el desarrollo de planes de acción y, finalmente, la sostenibilidad del cambio y el agente de cambio.

A lo largo de los años, la retroalimentación de los participantes indicó que una sesión de "refuerzo" sería útil para aquellos con experiencia en la implantación de las guías y el currículo fue revisado para incluir una corriente "básica" (5 días) y otra "avanzada" (3 días). El plan de estudios para el seminario avanzado supone una fuerte comprensión de los elementos del conjunto de herramientas y cierta experiencia en la aplicación de las guías. Este programa se centra en las habilidades de gestión de proyectos, la mejora de la calidad con énfasis en la difusión y la ampliación, el posicionamiento estratégico, el liderazgo en el desarrollo de culturas de práctica basadas en la evidencia y el aprendizaje entre pares sobre buenas estrategias de implantación

para apoyar el cambio en la práctica clínica. El currículo tanto para las corrientes fundacional y avanzada ha sido revisado a lo largo de los años para reflejar el creciente conocimiento de la ciencia de la implantación. La corriente fundacional, en particular, fue objeto de una importante actualización con la publicación de la segunda edición de las Herramientas de RNAO en 2012. Los principios pedagógicos de la teoría de la formación de adultos siguen siendo fundamentales para estas ofertas.

Durante los últimos 8 años, los Institutos han atraído cada vez más a miembros del equipo interprofesional que trabajan como profesores o asisten para el desarrollo de sus propias capacidades. Esto es paralelo a la iniciativa de aumentar el número de disciplinas de salud involucradas en el desarrollo de las guías de RNAO, así como el reconocimiento por parte de los líderes de las organizaciones y del sistema de salud del impacto de las guías dirigidas por enfermeras en el equipo interprofesional y la necesidad de que todos los grupos interesados participen en el establecimiento de culturas de prácticas basadas en la evidencia.

El siguiente comentario sobre el seminario *de Guías Clínicas* de junio de 2017 refleja las opiniones generales de los participantes sobre este evento de aprendizaje:

> *"Fue un absoluto placer asistir al seminario de buenas prácticas clínicas de RNAO. Asistí al seminario clínico con altas expectativas de crecimiento profesional y ¡las superó en todos los sentidos! El conocimiento, las oportunidades de establecer contactos y la concienciación sobre las Guías que pude traer de vuelta a mis instalaciones han sido de gran ayuda".*
>
> –Matthew Léveillé, BScN, RN, RAI-C
> Coordinador de Formación del Personal
> Muskoka Landing Long-Term Care
> Huntsville, ON

Lo que comenzó como una oferta modesta en 2002 se ha convertido en una oportunidad de desarrollo profesional "obligatoria", siempre reservada al límite de su capacidad. Además, hoy en día, aparte del instituto de Guías básico (RNAO, 2017a), RNAO ofrece Institutos temáticos específicos, que se centran en mejorar el liderazgo ejecutivo de Enfermería y los programas clínicos basados en sus Guías en el área del cuidado de heridas (corrientes de planificación clínica y de programas), el manejo de enfermedades crónicas, la salud mental y la adicción. Muchos de los instituto han sido adaptados a diferentes contextos, como los producidos en colaboración con las Primeras Naciones de Canadá. La cita a continuación demuestra el alto valor que se le da a los enfoques de colaboración utilizados en el desarrollo de estos programas para asegurar la relevancia del contexto, así como el impacto en el conocimiento, las habilidades y el empoderamiento que ha tenido en los participantes:

> *"La rama de salud de las Primeras Naciones e Inuit (FNIHB) de la región de Ontario ha trabajado con RNAO durante los últimos 7 años en la planificación, realización y evaluación de una serie de eventos de aprendizaje para las enfermeras de primera línea. Basar estos eventos en las Guías de Buenas Prácticas de RNAO ha sido una oportunidad inmejorable. Con la ayuda de un comité de planificación integral, los eventos de una semana de duración, siguiendo el modelo de los cursos de aprendizaje de RNAO, se han adaptado al contexto de las Primeras Naciones y se han centrado en áreas como la salud mental y la adicción, el control de enfermedades crónicas y el cuidado de heridas. Cada uno de los cursos ha tenido un amplio alcance dirigido a enfermeras en una variedad*

de lugares y ha reflejado las Guías de Buenas Prácticas críticas como la úlcera del pie diabético, el manejo de afecciones crónicas, las lesiones por presión y el uso de sustancias. Además, estos eventos de aumento de capacidades nos han ayudado a crear una red de enfermeras que trabajan con la población de las Primeras Naciones para ayudar a defender la práctica basada en la evidencia, los ambientes de trabajo saludables y la atención culturalmente competente".

–Vanessa L. Follon, RN, BScN
Subdirectora de Enfermería
Regional Coordinator-Home and Community Care Program
Ontario Region/First Nations
and Inuit Health Branch

IMPLANTACIÓN A NIVEL MESO E INSTITUCIONAL

El propósito general de la intervención de RNAO a nivel meso es apoyar a las instituciones académicas y de servicios en la optimización de la captación de la evidencia, la sostenibilidad de la evidencia y el respaldo a la evidencia. Se utilizan tres estrategias clave: 1) *Herramientas: implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (para las instituciones de servicios), 2) *Recursos para el educador: integración de las Guías de Buenas Prácticas* (para el mundo académico), y 3) BPSO (Best Practice Spothlight Organizations)—*Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados.* Cada uno se discute en las siguientes secciones.

IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: HERRAMIENTAS

Cuando RNAO publicó sus primeras guías en 2001, estas se probaron de forma experimental en una serie de ámbitos de práctica a lo largo de la atención continua. Los impulsores, entonces llamados Enfermeras de Recursos Clínicos (CRN, por sus siglas en inglés), dirigieron la implantación y fueron un facilitador crítico para un cambio efectivo en la práctica. Durante esta fase de evaluación, las CRN identificaron la necesidad de un enfoque coherente para la planificación y cambios en la implantación de la práctica basados en las recomendaciones de las Guías de RNAO, y solicitaron a RNAO que desarrollara una "guía sobre cómo implantar las guías". Este fue el impulso para el desarrollo de la *Herramienta: Implantación de Guías de Práctica Clínica* (RNAO, 2002). Un panel interprofesional de investigadores y profesionales, incluyendo algunas de las CRN, trabajó para identificar evidencia que apoyara el desarrollo de la Herramienta a través de la síntesis de revisiones sistemáticas, estudios primarios y la opinión experta de los miembros del panel. La Herramienta fue diseñada para ser un instrumento fácil de usar y basada en la evidencia para facilitar la implantación de las guías dentro de las instituciones de la salud. Los objetivos de la Herramienta incluían un foco en la ayuda a los responsables de la implantación de las guías:

- Identificar los factores importantes en su institución que influyen en el proceso de adopción.
- Obtener el apoyo de los impulsores y de las principales partes interesadas.
- Evaluar el apoyo institucional y la disposición para adoptar las guías.

Se utilizó un enfoque de estudio de caso, con plantillas de muestra y plantillas en blanco para facilitar su uso. Así, proporcionó una dirección sólida a las instituciones y a sus líderes sobre la mejor manera de preparar un entorno para el cambio y cómo planificar, dotar de recursos e implantar un conjunto de estrategias cuidadosamente diseñadas para lograr el éxito (DiCenso et al., 2002).

Una evaluación de la Herramienta realizada por Dobbins y sus colegas concluye que este recurso basado en la evidencia demostró ser prometedor como una guía útil para los responsables de la implantación de las guías (Dobbins, Davies, Danseco, Edwards, & Virani, 2005). También recomendaron actualizaciones periódicas para asegurar que siga reflejando la evidencia actual en la ciencia de la implantación. Sobre la base de estas conclusiones, la retroalimentación de quienes utilizan la Herramienta y un análisis actualizado del estado de la ciencia de la implantación a nivel mundial, se revisó la Herramienta y se publicó su segunda edición en 2012 (RNAO, 2012). La segunda edición aborda los comentarios de los usuarios que indicaban que se necesitaba más atención a la importante cuestión de mantener el cambio en el entorno clínico y las estrategias para promover la sostenibilidad a largo plazo. El panel que se convocó para desarrollar la segunda edición revisó varios modelos y marcos que consideraban la sostenibilidad como un elemento del proceso de implantación. Eligieron el marco del Conocimiento para la acción, que es la base de la edición actual de este recurso. También se le cambió el nombre a *Herramienta: Implantación de las Guías de Buenas Prácticas* para reconocer su utilidad en la implantación de las guías clínicas y de un ambiente laboral saludable.

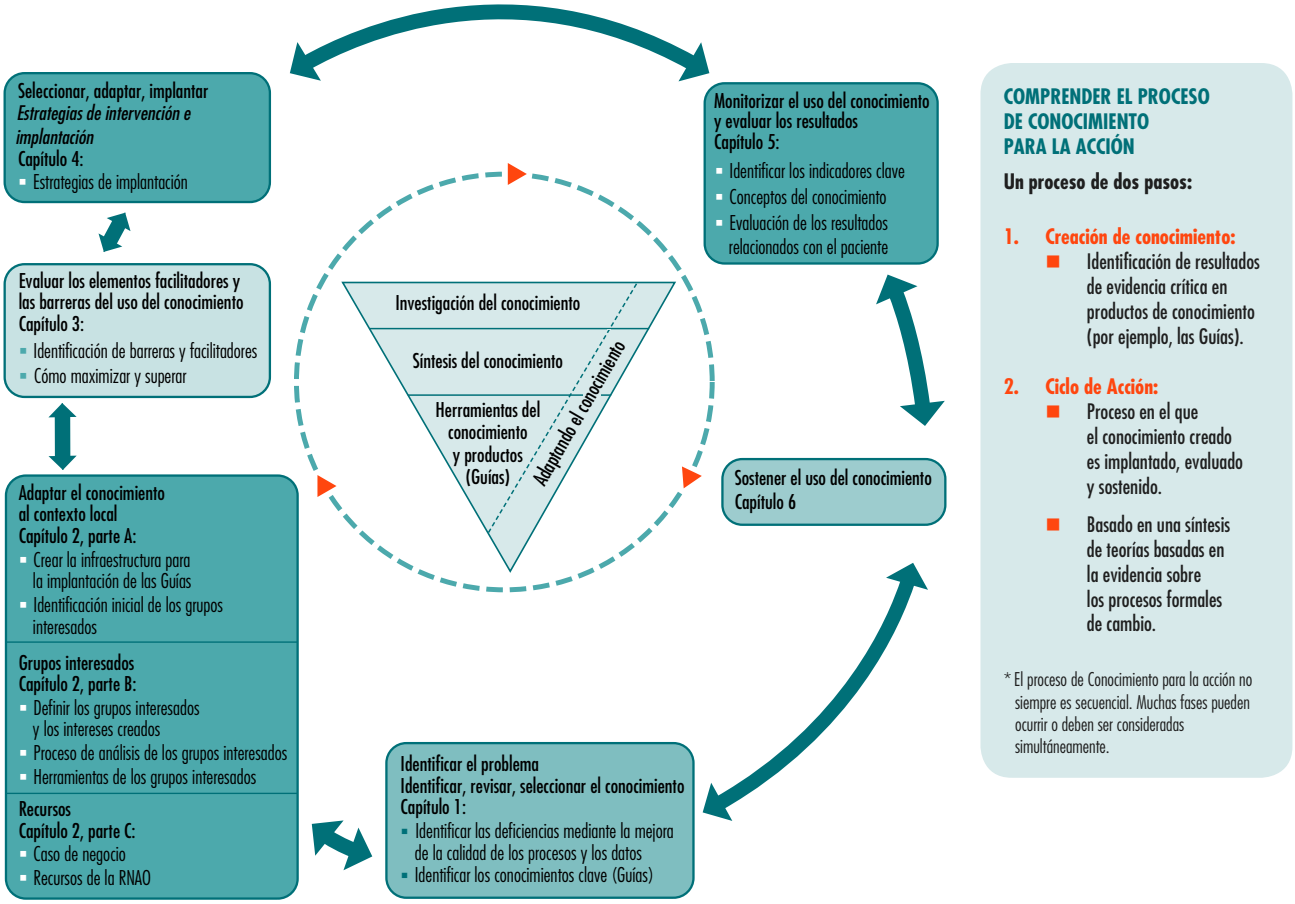
El marco del Conocimiento para la acción se elaboró mediante un análisis conceptual de 31 teorías de acción para dar sentido a lo que sucede durante la transferencia de conocimientos y el proceso de implantación, teniendo en cuenta tanto la creación de conocimientos como la acción. Este marco tiene una perspectiva sistémica y reconoce que la implantación es un proceso social y que es necesario adaptar la evidencia de la investigación para tener en cuenta tanto el contexto local como la cultura. El proceso del Conocimiento para la acción identifica las fases o categorías ideales de acción que se consideran importantes cuando se intenta implantar un cambio (Graham & Tetroe, 2010).

El modelo del Conocimiento para la acción (tal como se describe en la Herramienta, 2012, en la Figura 4.2) está compuesto de dos fases: 1) el proceso de Creación de conocimiento, que se presenta como un triángulo; y 2) el Ciclo de acción, que gira alrededor del modelo y representa las actividades o procesos necesarios para poner en práctica el conocimiento (evidencia). Cabe señalar que hay flechas bidireccionales entre los elementos del ciclo de acción, ya que no se trata de un proceso lineal, y que habrá que volver a examinar algunos aspectos del ciclo en diversas fases de la implantación.

El marco de Conocimiento para la acción constituye la base de la Herramienta, cuyos capítulos representan las diversas etapas del ciclo de acción. La Tabla 4.2 proporciona un resumen de alto nivel del contenido de la Herramienta y del foco de cada capítulo.

REFLEXIÓN

¿Con qué modelos de implantación o teorías de cambio está familiarizado/a? ¿Cuáles son las similitudes y diferencias entre esos modelos o teorías y el marco del Conocimiento para la acción?



Adapted from "Knowledge Translation in Health Care: Moving From Evidence to Practice." S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham. Copyright 2009 by Blackwell Publishing Ltd. Adapted with permission.

FIGURA 4.2 Marco del Conocimiento para la acción tal como se describe en la *Herramienta: implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (RNAO, 2012).
Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

TABLA 4.2 CAPÍTULOS DE LA HERRAMIENTA: IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS (RNAO, 2012)

CAPÍTULO	CONTENIDO
Introducción: Preparando el escenario	■ Resumen de la Herramienta
Capítulo 1: Identificar el problema: identificar, revisar y seleccionar conocimientos	■ Se define un problema y se identifican las buenas prácticas que pueden ser útiles para resolverlo. ■ Identificar una Guía de Buenas Prácticas para determinar si la práctica actual es consistente con la mejor práctica, o si es necesario un cambio en la práctica (análisis de vacíos).

Capítulo 2A: Adaptar el conocimiento al contexto local	■ Elegir un producto de conocimiento (Guías) que refleje la mejor evidencia para abordar el problema identificado.
Capítulo 2B: Partes interesadas	■ Las recomendaciones pueden adaptarse al contexto institucional.
Capítulo 2C: Recursos	■ Involucrar al personal y a los grupos interesados para asegurar que el producto de conocimiento elegido satisfaga las necesidades y se ajuste mejor a la cultura de la institución.
Capítulo 3: Evaluación de los facilitadores y las barreras para el uso del conocimiento	■ Incorporar una evaluación del entorno y de los grupos interesados para maximizar los resultados. ■ Identificar facilitadores clave tales como interacciones de grupo, actitudes positivas del personal, apoyo de liderazgo, impulsores interdisciplinarios, así como colaboración interinstitucional. ■ Determinar las barreras críticas, incluyendo la falta de conocimiento, las actitudes negativas y la resistencia al cambio.
Capítulo 4: Seleccionar y adaptar las intervenciones y estrategias de implantación	■ Incorporar un plan de implantación que considere la evaluación y el compromiso de los grupos interesados, el contexto local, así como la evidencia sobre estrategias efectivas de implantación.
Capítulo 5: Controlar el uso del conocimiento y evaluar los resultados	■ Medir el uso de los productos del conocimiento mediante la adhesión a la recomendación o los cambios en el conocimiento, los comportamientos o las actitudes. ■ Evaluar el impacto de la implantación de productos de conocimiento. ■ Esta fase es fundamental para una implantación efectiva y debe ser considerada en todas las fases anteriores.

Capítulo 6: Sustentar el uso del conocimiento	■ Plan para la mejora a largo plazo de los resultados de la atención basada en la implantación efectiva de los productos del conocimiento.
	  ■ Depende del apoyo del liderazgo, de los recursos humanos facilitadores y de la formación continua del personal.
	  ■ Requiere adaptabilidad e integración de nuevos conocimientos en entornos de práctica dinámicos y en evolución.

La Herramienta se ha utilizado ampliamente en Ontario, en todo Canadá y en el plano internacional para dirigir un enfoque estructurado y sistemático del proceso de implantación. Ha sido traducido a varios idiomas, lo que ha apoyado su alcance global. Las siguientes citas de quienes han utilizado la Herramienta para dirigir el cambio en la práctica ponen de relieve su eficacia en contextos tanto locales como internacionales:

> *". . . Las herramientas de análisis de vacíos ubicadas en la Herramienta ayudaron fácilmente a identificar dónde nuestras residencias de atención de larga duración eran excelentes y dónde había espacio para mejoras. La Herramienta ayudó a nuestro centro a crear un plan estratégico anual para evaluar nuestros programas, formular planes de formación específicos para el centro, controlar los cambios y guiar a nuestras enfermeras para que proporcionen la atención más actualizada y basada en la evidencia".*
>
> –Sara Le, RN
> Directora de Cuidado de Residentes
> Tilbury Manor Nursing Home

"La Herramienta ha sido utilizada para apoyar a nuestro personal en la implantación de las guías de RNAO. Nos presentaron la Herramienta al principio de nuestro trabajo como centro BPSO, y ha marcado una diferencia significativa en la forma en la que enfocamos el cambio de la práctica, al proporcionar una metodología que todo el personal es capaz de entender y utilizar".

–Maribel Esparza-Bohórquez, RN, MSc
Directora de la División de Enfermería, Clínica FOSCAL, Bucaramanga, Colombia

INTEGRACIÓN DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS EN LOS PLANES DE ESTUDIOS: RECURSO PARA EL EDUCADOR

El compromiso de los grupos interesados en el sector académico es fundamental para apoyar la integración de las Guías en el plan de estudios de Enfermería de los estudiantes universitarios. Una solicitud de propuestas publicada en 2003 dio lugar a la selección de once instituciones académicas que propusieron proyectos para integrar las Guías en varios cursos de Enfermería de postgrado. Estos proyectos tuvieron como resultado innovaciones significativas, con la colaboración de profesores y estudiantes en la conceptualización y ejecución del proyecto. A medida que se iban completando estos proyectos, RNAO y las instituciones académicas involucradas en este trabajo reconocieron la necesidad de contar con un recurso que captara los aprendizajes clave e informara a los educadores de Enfermería, tanto en el ámbito académico como en la práctica, sobre los buenos enfoques para integrar la práctica basada en la evidencia en el plan de estudios. Los resultados de estos proyectos educativos fueron compartidos con la comunidad de Enfermería a través de la estrategia multidimensional de difusión de RNAO y finalmente informaron del desarrollo del *Recurso para educadores: integración de las Guías de Buenas Prácticas* (RNAO, 2005a).

El Recurso para educadores de RNAO fue desarrollado por un equipo de expertos del ámbito académico y por los responsables del desarrollo del personal en entornos de práctica a través de la atención continua. El proceso de desarrollo incluyó una revisión de la literatura relevante y la creación de un marco de orientación para organizar los componentes clave. El borrador del Recurso para educadores fue revisado por más de 70 partes interesadas externas que representaban a instituciones académicas y de servicios, incluyendo la Canadian Association of Schools of Nursing (Asociación Canadiense de Escuelas de Enfermería) y el College of Nurses of Ontario (Colegio de Enfermeras de Ontario), (el organismo regulador provincial de Enfermería). Su retroalimentación fue recopilada, discutida por el panel, basada en un consenso e incorporada en el documento final (RNAO, 2005a).

El Recurso para educadores de RNAO está diseñado para ayudar a los educadores en entornos académicos o prácticos a planificar, implantar y evaluar eventos de aprendizaje para enfermeras y el equipo interprofesional, ya sea personal o estudiantes, para promover la integración de las Guías en la práctica. Recomendamos que este recurso se utilice junto con la *Herramienta: implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (RNAO, 2012) y con las propias guías.

El Recurso para educadores ha sido estructurado para proporcionar contenido "que necesitas saber" y contenido "que es bueno saber". Los capítulos se organizan utilizando como base el marco para la Integración de las Guías de Buenas Prácticas en los eventos de aprendizaje (Figura 4.3).

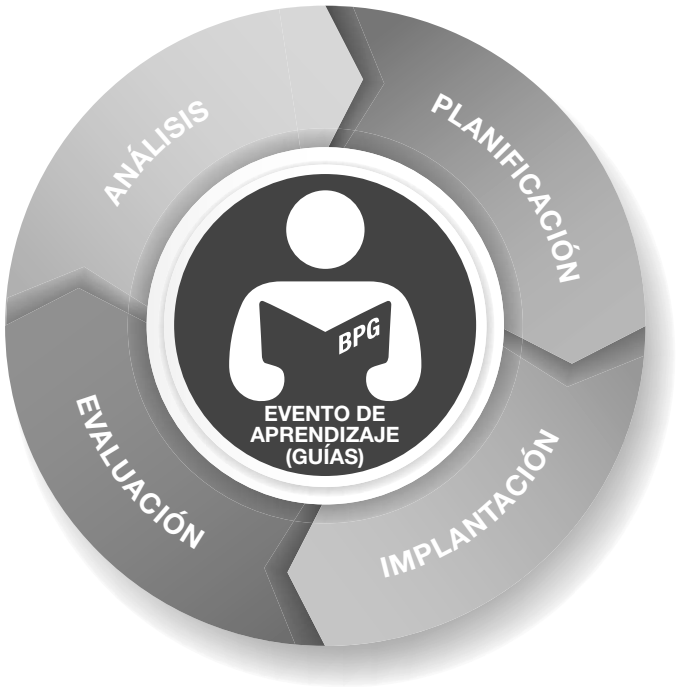


FIGURA 4.3 Marco para la integración de las Guías de Buenas Prácticas en los eventos de aprendizaje (adaptado de RNAO, 2005a, p. 9).
© Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

El marco en la Figura 4.3 representa la Enfermería como una profesión basada en el conocimiento, integrando tanto el arte como la ciencia de la Enfermería. Estos elementos se mejoran mediante la integración de las Guías en la práctica. El resultado deseado es una mejor calidad de la práctica de Enfermería y de los resultados clínicos. Este marco de cuatro pasos incorpora al estudiante, a la(s) guía(s), al evento de aprendizaje y al educador. En el centro del marco está la interacción del estudiante y del estudiante con la Guías. Alrededor del estudiante y las Guías están las actividades que el educador debe considerar para poder ofrecer un buen evento de aprendizaje. Estas actividades incluyen los elementos del proceso de Enfermería: valoración, planificación, implantación y evaluación. Estos elementos se describen de manera circular porque la interacción entre la enseñanza y el aprendizaje es cíclica y los aspectos del marco pueden ocurrir simultáneamente (RNAO, 2005a, p. 9).

El Recurso para educadores está dividido en seis capítulos para guiar a los lectores a través de los elementos del marco mientras diseñan un evento de aprendizaje. Cada capítulo está estructurado de manera similar e incluye (RNAO, 2005a, p. 10):

- ¿De qué trata este capítulo? (describe los pasos del elemento del marco).
- Pasos (descripción de los pasos y análisis específico del contenido relevante para el capítulo).
- Escenarios (dos estudios de caso que aplican la información del capítulo).
- Puntos clave (resumen del capítulo).
- Referencias.
- Consejos, herramientas y plantillas (materiales listos para usar).

La Tabla 4.3 proporciona un resumen de los capítulos del Recurso para educadores, que representan los diversos elementos del marco de orientación y el contenido clave abordado.

TABLA 4.3 CAPÍTULOS DEL RECURSO PARA EDUCADORES: INTEGRACIÓN DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS (RNAO, 2005A)

CAPÍTULO	CONTENIDO
Capítulo 1: Preparando el escenario	■ ¿Qué es el Programa de Guías de Buenas Prácticas de Enfermería? ■ ¿Cuál es el propósito del Recurso para educadores? ■ ¿Quién puede beneficiarse del Recurso para educadores? ■ ¿Cómo se desarrolló el Recurso para educadores? ■ Hoja de ruta para utilizar el Recurso para educadores. ■ Escenarios, referencias. ■ Consejos, herramientas y plantillas.
Capítulo 2: Valoración del evento de aprendizaje	■ Paso 1: Valorar el entorno. ■ Paso 2: Valorar al educador. ■ Paso 3: Valorar al estudiante. ■ Paso 4: Realizar una evaluación de las necesidades de aprendizaje. ■ Paso 5: Valorar al grupo. ■ Puntos clave, escenarios, referencias. ■ Consejos, herramientas y plantillas.
Capítulo 3: Planificación del evento de aprendizaje	■ Paso 1: Integrar el contenido de la Guías en el currículo de un entorno académico o práctico. ■ Paso 2: Identificar facilitadores y fuerzas motrices para la integración del contenido de las Guías. ■ Paso 3: Identificar las barreras para integrar el contenido de las Guías y las estrategias para superarlas. ■ Paso 4: Identificar colaboraciones para la formación sobre las Guías. ■ Paso 5: Facilitar la integración de los contenidos de las Guías en los eventos de aprendizaje. ■ Paso 6: Identificar y asignar recursos. ■ Paso 7: Planificar el contenido. ■ Paso 8: Desarrollar un plan de aprendizaje. ■ Paso 9: Planificar para contingencias. ■ Puntos clave, escenarios, referencias. ■ Consejos, herramientas y plantillas.
Capítulo 4: Implantación de estrategias de enseñanza/aprendizaje	■ Paso 1: Elegir estrategias de enseñanza/aprendizaje. ■ Paso 2: Implantar el plan de enseñanza/aprendizaje. ■ Puntos clave, escenarios, referencias. ■ Consejos, herramientas y plantillas.
Capítulo 5: Evaluación	■ Paso 1: Revisar los criterios de valoración. ■ Paso 2: Evaluar el evento de aprendizaje. ■ Paso 3: Evaluar al alumno. ■ Paso 4: Revisar e implantar la evaluación. ■ Puntos clave, escenario, referencias. ■ Consejos, herramientas y plantillas.

CAPÍTULO	CONTENIDO
Capítulo 6 - Materiales de enriquecimiento	■ Programa de Guías de Buenas Prácticas de Enfermería. ■ Evaluar a los estudiantes. ■ Planificar el evento de aprendizaje. ■ Implantar el plan de aprendizaje. ■ Evaluación. ■ Referencias.

El Recurso para educadores es una herramienta única que ha sido ampliamente utilizada para apoyar la integración de las Guías en los planes de estudio de Ontario, de Canadá y a nivel internacional. Está disponible para su descarga gratuita en el sitio web de RNAO (RNAO, 2005a). Como resultado del interés internacional de este recurso, se ha traducido al español y esta versión también puede ser evaluada en el sitio web de RNAO (RNAO, 2005b).

BPSO—CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS

Una estrategia institucional clave para apoyar la implantación a nivel meso es la designación de Centros comprometidos con la excelencia en cuidados (BPSO). Lanzada en 2003, la designación ha demostrado ser la herramienta de implantación con más éxito para fomentar organizaciones basadas en la evidencia a través de la implantación y el mantenimiento de las Guías, así como para medir el impacto de la implantación sostenida en los resultados de los pacientes, de las instituciones y de los sistemas sanitarios. Como se describe en el Capítulo 1, la designación de centros BPSO es una oportunidad para que las instituciones de salud y académicas se asocien formalmente con RNAO durante un periodo de 3 años. Después de este periodo, si tiene éxito, la organización se convierte en un centro BPSO designado, con renovación bienal, a la espera de que se logren unos resultados. El objetivo de la asociación es crear culturas de la práctica basada en la evidencia a través de la implantación sistemática de múltiples Guías de RNAO.

El Capítulo 6 detalla los objetivos de los centros BPSO, los tipos de BPSO, así como los requisitos de RNAO con los BPSO y los apoyos de RNAO con estos centros. Los Capítulos 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15 y 17 traen al lector las experiencias vividas por los centros BPSO en varios sectores de la salud y en el mundo académico, desde los BPSO fundadores hasta los más recientes, en todos los sectores y en varios lugares del mundo. Por lo tanto, lo que sigue es un análisis de alto nivel sobre lo que ha hecho que los BPSO tengan tanto éxito desde una perspectiva de la ciencia de la implantación.

La designación de BPSO permite a las instituciones comprometerse a centrarse en la atención al paciente y en la excelencia clínica, utilizando la evidencia más reciente emplear en la práctica y optimizar los resultados. La implantación sistemática de las Guías ha ayudado a avanzar las prioridades del gobierno dentro de las instituciones, así como a mejorar los resultados clínicos, de proveedores de la salud e instituciones. A través de la designación de BPSO, las instituciones sanitarias y académicas han progresado para influir positivamente en los sistemas sanitarios provinciales, nacionales e internacionales.

Desde el inicio del programa, los BPSO han utilizado y contribuido de manera efectiva a la ciencia de la implantación en el desarrollo de estrategias creativas para la buena implantación de las Guías, así como en el mantenimiento y la difusión

REFLEXIÓN

Pensando en iniciativas de cambio de prácticas en su lugar de trabajo que no han sido sostenidas con éxito, ¿en qué cree usted que el resultado pudo haber sido diferente con el apoyo comprometido de todos los niveles de la institución?

de su adopción. Los BPSO también han mejorado su comprensión de la evaluación y la importancia de la calidad de los datos, han aumentado su capacidad para monitorizar y evaluar eficazmente el impacto de las guías y han desarrollado mecanismos para compartir los resultados con el personal que aplica los cambios en las prácticas y apoyar su mantenimiento (RNAO, 2015).

El siguiente testimonio destaca el impacto del Programa de BPSO en la adopción de la Guías, lo que se refleja en mejores resultados para los pacientes:

> *"[En nuestra organización como BPSO] las Guías de Buenas Prácticas de RNAO proporcionan orientación y una mejor atención al paciente que apoya la práctica basada en la evidencia. Las guías han proporcionado rigor y claridad a todos los profesionales de la salud. El impacto de las Guías de Buenas Prácticas asegura resultados y experiencias favorables para los pacientes, al tiempo que promueve la profesión de Enfermería".*
>
> –Suzanne Robichaud
> Vicepresidenta de Programas Clínicos y Directora de Enfermería
> Hospital Montfort-RNAO BPSO
> Ottawa, Ontario

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD A NIVEL MACRO

El tercer nivel de implantación de las Guías es el nivel macro, orientado a la implantación en el sistema de salud. El objetivo es ampliar los esfuerzos de implantación en todo el sistema de salud de Ontario, en Canadá y a nivel internacional. Cinco años después del inicio del Programa de Guías, se identificaron las palancas del sistema para permitir la sostenibilidad a largo plazo de las guías y el impacto que estas tienen en la salud de las personas. Se han puesto en marcha varias iniciativas clave:

- En 2004, con financiación del Ministerio de Salud de Canadá, se llevó a cabo una gira pancanadiense que incluyó 24 talleres gratuitos de un día completo y numerosos Institutos en línea centrados en la práctica basada en la evidencia y en la adopción de las Guías. El compromiso fue fenomenal, con la participación de más de 2.000 enfermeras de todo el país. Este alto nivel de interés dio lugar a solicitudes de talleres por parte de instituciones de diversas partes de Canadá que estaban interesadas en ampliar su utilización de la práctica basada en la evidencia.
- A lo largo de los años se han puesto en marcha varias iniciativas de impacto a nivel de sistema para promover la adopción de la evidencia, y en particular de las Guías de RNAO, en sectores específicos o en áreas de práctica específicas. Por ejemplo, en el sector de los cuidados de larga duración, RNAO consiguió financiación para contratar a coordinadores de buenas prácticas de cuidados de larga duración, cuya función es apoyar el avance de las prácticas en los centros de atención a largo plazo sobre la base de las recomendaciones de las guías. El Capítulo 11, *Práctica basada en la evidencia en la atención de larga duración*, amplía esta importante iniciativa. De manera similar, se desarrolló una estrategia específica multifacética para el abandono del hábito de fumar, incluyendo un sitio web interactivo (www.TobaccoFreeRNAO.ca), impulsores dedicados al abandono del hábito de fumar y la colaboración con una serie de interesados de los gobiernos provinciales y nacionales que trabajan para reducir el consumo de tabaco. El Capítulo 10 destaca esta y otras dos iniciativas de implantación a nivel provincial y nacional dirigidas por RNAO en las esferas de la salud mental y la prevención de las adicciones y las caídas.

- En 2017, RNAO lanzó un Colaboración de investigación de la implantación: una asociación entre RNAO, los BPSO y los investigadores de todo el mundo para identificar, desarrollar y probar indicadores para una implantación de las guías sostenida y con éxito. La actividad inaugural del Colaboratorio, como parte de un programa más amplio de investigación, es un estudio comisionado para refinar, validar y hacer operativos los *Indicadores y subindicadores del marco de implantación de las Guías de Buenas Prácticas* de RNAO. El estudio dará como resultado un marco integral de indicadores de implantación de la Guías, identificando estrategias y procesos de implantación específicos que se incorporarán a los Indicadores de calidad de Enfermería para informes y evaluación (NQuIRE®) para su recolección rutinaria por parte de los BPSO (Squires, Gifford, Grinspun, Grdisa, & McConnell, 2017). La intención es expandir el conocimiento de la ciencia de la implantación a través del estudio de las experiencias reales de nuestra red global de BPSO.

ÚLTIMAS PERSPECTIVAS SOBRE LA CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, la transferencia de conocimientos y la adopción de prácticas basadas en la evidencia en nuestro trabajo clínico diario no ocurre automáticamente. Requiere de las intervenciones intencionadas descritas y estudiadas en el campo de la ciencia de la implantación (Grinspun, Virani y Bajnok, 2002; Grinspun, Melnyk y Fineout-Overholt, 2014). RNAO está a la vanguardia de este campo relativamente joven, que seguirá evolucionando a partir de las experiencias vividas y la investigación. Lo que sigue son enfoques científicos de implantación emergentes que están impactando en la asimilación de conocimientos en Enfermería y salud.

TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS INTEGRADA Y COMPROMISO DEL PACIENTE

La ciencia de la implantación acepta cada vez más la importancia de adoptar un enfoque de transferencia de conocimientos integrada (iKT, por sus siglas en inglés), tanto para producir el conocimiento como para traducirlo a la práctica. Esto se refiere a un enfoque colaborativo, participativo, orientado a la acción y basado en la comunidad para la investigación que resulta en la coproducción del conocimiento (CIHR, 2012a). La piedra angular de la transferencia de conocimientos integrada es que implica la participación e integración de los grupos interesados (también conocidos como usuarios del conocimiento) en el proceso completo de investigación, desde la conceptualización hasta la interpretación y difusión de los resultados. Los grupos interesados pueden y deben variar mucho dependiendo del proyecto. Pueden ser desde los responsables de la formulación de políticas y la toma de decisiones de la comunidad hasta el nivel federal, los investigadores, los miembros del público, incluidos los pacientes y sus familias, los miembros de la industria, los proveedores de servicios de salud de todos los niveles y los medios de comunicación (CIHR, 2012a). El conocimiento, cuando se produce en este paradigma único, ya es en parte "propiedad" de los participantes, que se encuentran en una posición mucho mejor y están dispuestos a actuar sobre la base del conocimiento en lugar de cuando simplemente se les informa al respecto. Por lo tanto, un enfoque de transferencia de conocimientos integrada facilita naturalmente la implantación del conocimiento. RNAO fue la primera en seguir este enfoque desde el inicio del Programa de Guías.

La participación de los pacientes es un caso especial de transferencia de conocimientos integrada que está recibiendo cada vez más atención en Canadá y a nivel internacional. *La participación de los pacientes* ocurre cuando "los pacientes colaboran de manera significativa y activa en el gobierno, el establecimiento de prioridades y la realización de la investigación, así como en resumir, distribuir, compartir y aplicar el conocimiento resultante" (CIHR, 2014, p. 1). Dado que esta es una forma relativamente nueva de hacer investi-

gación para muchos, las evaluaciones científicas de las experiencias con la participación de los pacientes en los estudios de investigación son limitadas. Sin embargo, las evaluaciones existentes son prometedoras y revelan que la participación del público en la fase inicial del diseño de los estudios, idealmente en la fase de planificación, no solo garantiza que la investigación sea relevante para sus preocupaciones, sino que también conduce a mejores resultados y a una mejor traducción de los conocimientos producidos en la práctica (Nass, Levine y Yancy, 2012). La inclusión del público a nivel micro en la Red de Impulsores de buenas prácticas de RNAO, y a nivel meso en las actividades de implantación de centros BPSO específicas de la institución, demuestra la aplicación de los principios inherentes a la transferencia de conocimientos integrada y a la participación del paciente.

TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS CON AYUDA DE LA TECNOLOGÍA

La era digital ha revolucionado la forma en que las personas acceden a la información, se comunican y colaboran. La transferencia de conocimientos basada en la tecnología se refiere al uso de las tecnologías digitales de la información y la comunicación para acelerar los esfuerzos de transferencia de conocimientos. Con la universalidad de Internet, la proliferación de enfoques en la comunicación y las redes sociales, las continuas mejoras en las tecnologías, desde los portátiles electrónicos hasta los teléfonos inteligentes, existen ahora ricas oportunidades para la transferencia de conocimientos con ayuda de la tecnología en la mayoría de los entornos sanitarios.

El uso de las redes sociales es un ejemplo de tecnología que se utiliza cada vez más como herramienta para la transferencia de conocimientos en el ámbito de la salud. *Las redes sociales* se definen como el conjunto de herramientas y plataformas de redes que permiten a las personas conectarse, comunicarse y colaborar a través de la tecnología basada en la web (Jue, Marr y Kassotakis, 2009). Ejemplos de medios sociales incluyen: comunidades electrónicas, servicios de imagen y video, sitios de redes sociales como Facebook y Twitter, blogs y wikis (Oakley & Spallek, 2012). Si bien las redes sociales son todavía una herramienta relativamente nueva para la transferencia de conocimientos y aún no han recibido una evaluación científica exhaustiva, existen, en teoría, varias razones para considerar su uso. Por ejemplo, porque miles de millones de personas utilizan los medios de comunicación social y proporcionan un lugar para la rápida difusión de información sobre la salud a un gran número de diversas partes interesadas. También estimula la conversación entre los grupos interesados, que puede incluir la forma en que el conocimiento puede ser utilizado para avanzar en la práctica (Ndumbe-Eyoh & Mazzucco, 2016). Además, crea "comunidades de práctica" en torno a temas específicos de interés, proporciona flexibilidad en cuanto a cuándo y cómo entregar el conocimiento y dispone de métricas incorporadas para la evaluación de la difusión del conocimiento, tales como el número de actividades que se pueden llevar a cabo.

TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS BASADA EN LAS ARTES

La transferencia de conocimientos basada en las artes ha surgido recientemente como un enfoque novedoso y no tradicional para llevar el conocimiento a la práctica. Aunque los métodos basados en las artes son relativamente nuevos para la Enfermería y la salud en general, están muy bien establecidos en otros campos, sobre todo en la educación y las ciencias sociales. Los métodos artísticos como la narración de cuentos, las artes visuales y el teatro ofrecen formas alternativas de comunicar el conocimiento sobre la atención sanitaria. La transferencia de conocimientos basada en las artes tiene un inmenso potencial para proporcionar formas nuevas y únicas de involucrar a diversas partes interesadas, especialmente a los pacientes y sus familias, en temas de salud importantes. El enfoque utiliza aspectos experienciales e interactivos de la salud y es transfronterizo, ya que requiere la colaboración entre individuos de orígenes profesionales muy diversos (por ejemplo, clínicos, enfermeras, cuentacuentos, artistas y cineastas). La traducción del conocimiento basada en las artes representa un emocionante cambio de paradigma, en el que la traducción del conocimiento se ve como un proceso creativo y dinámico

en lugar de un proceso lineal pasivo como se pensaba originalmente (Parsons & Boydell, 2012). RNAO utilizó la transferencia de conocimientos basada en las artes como una estrategia de manera limitada en una conferencia de las Guías celebrada a principios de la década de 2000, en la que se contrató a una pequeña compañía teatral para que diera vida a las recomendaciones clave de varias Guías de Buenas Prácticas fundamentales y destacara el impacto de la atención de Enfermería de calidad en los pacientes y sus familias. Varios centros BPSO han incorporado el arte de contar historias en sus talleres de desarrollo de Impulsores como una estrategia innovadora para facilitar el compromiso, influir en los cambios de valores y compartir los resultados.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

Aunque no se piensa convencionalmente en la evaluación del desarrollo como un enfoque para la traducción del conocimiento en la atención de la salud, la evaluación del desarrollo tiene un gran potencial para facilitar un cambio significativo en la práctica debido a la importancia que le da al contexto. Con la evaluación del desarrollo, se evalúa dónde están las cosas y cómo se están desarrollando en una organización con respecto a la implantación de conocimientos específicos. Esto ayuda a determinar qué estrategias de transferencia de conocimientos son prometedoras, cuáles de las que se utilizan actualmente deberían abandonarse y qué nuevos esfuerzos deberían intentarse (Patton, 2010). Lo más novedoso y prometedor de este enfoque para la transferencia de conocimientos es que, en lugar de tratar de "controlar" el contexto, reconoce la importancia crucial del contexto y se adapta a este para hacer que tenga lugar la transferencia de conocimientos.

DESIMPLANTACIÓN

Gran parte del énfasis en la transferencia de conocimientos se pone legítimamente en la implantación de los conocimientos, es decir, en la obtención de los conocimientos de las buenas prácticas utilizados en la práctica. Pero igualmente importante, y una tendencia en aumento en la actualidad, es la *desimplantación:* sacar de la práctica los conocimientos ineficaces o potencialmente dañinos. La desimplantación es meramente lo contrario de la implantación; por lo tanto, es probable que requiera diferentes enfoques y maneras reflexivas de: 1) identificar las prácticas que deben ser implantadas y luego 2) diseñar estrategias para implantar estas prácticas. Este nuevo campo emergente de la desimplantación, también conocido como desinversión, está todavía en sus primeras etapas, pero ha despertado mucho interés, con muchas investigaciones en curso por parte de investigadores de la transferencia de conocimientos en Canadá y a nivel internacional. Se argumenta que "la aplicación de prácticas refleja un nuevo compromiso con la atención sanitaria basada en la evidencia" (Prasad & Ioannidis, 2014, p. 4).

CONCLUSIÓN

Realizar cambios significativos en la práctica requiere intervención y atención continua a múltiples niveles: micro, meso y macro. A nivel micro, los Impulsores de buenas prácticas de RNAO demuestran su valor diariamente, trabajando como motivadores, solucionadores de problemas y mentores para las prácticas basadas en la evidencia. Identifican las barreras que bloquean y facilitan el cambio en la práctica y canalizan este conocimiento de manera apropiada a nivel de la práctica y de la institución. A nivel meso, los centros BPSO han transformado la cultura organizacional de las instituciones de servicio en una en la que la práctica basada en la evidencia es la norma. Los BPSO aprovechan la capacidad de sus Impulsores y utilizan una gama de enfoques para implantar con éxito las Guías de Buenas Prácticas.

Estos enfoques se han fundado en la ciencia de la implantación y en el enfoque sistemático para el cambio de prácticas que se describe la *Herramienta: Implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (RNAO, 2012), con el resultado de impactos positivos en los resultados de los pacientes, los profesionales y las instituciones. Al vincular la práctica basada en la evidencia con las políticas basadas en la evidencia, ampliar la implantación e involucrar a los actores clave y al público, se logran cambios en la práctica y en las políticas a nivel macro, tal como se describe a lo largo de este libro. Mirando hacia el futuro, el Colaboración de investigación de la implantación de vanguardia de RNAO aportará nuevos conocimientos sobre las estrategias y herramientas de implantación más efectivas para asegurar la adopción óptima de la evidencia con el fin de mejorar continuamente la práctica de Enfermería y mejorar los resultados para los pacientes, las instituciones y los sistemas sanitarios de todo el mundo.

MENSAJES CLAVE

- Los buenos programas de implantación requieren atención a nivel micro de los profesionales individuales, a nivel meso de las instituciones y a nivel macro de las regiones y los sistemas sanitarios.
- Se ha demostrado que los impulsores de todos los niveles de la organización facilitan de manera eficaz la recopilación de evidencia en la práctica.
- Los marcos de implantación han sido utilizados con éxito para apoyar la integración de las Guías en la práctica clínica y en el currículo educativo.
- Las estrategias a nivel de organización para enfocar la implantación de las Guías han demostrado ser un éxito en una amplia gama de entornos y contextos.
- Un amplio compromiso de los grupos interesados, con su participación en una variedad de funciones y en todos los sectores, apoya la adopción de prácticas basadas en la evidencia en las instituciones académicas y de servicios.

REFERENCIAS

Bajnok, I., Grinspun, D., Lloyd, M., & McConnell, H. (2015). Leading quality improvement through Best Practice Guideline development, implementation, and measurement science. *Med UNAB*, *17*(3), 155–162.

Canadian Institutes of Health Research (CIHR). (2012a). *Guide to knowledge translation planning at CIHR: Integrated and end-of-grant approaches.* Retrieved from http://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_lm_ktplan-en.pdf

Canadian Institutes of Health Research (CIHR). (2012b). *Moving into action: We know what practices we want to change, now what? An implementation guide for health care practitioners*. Retrieved from http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/lm_moving_into_action-en.pdf

Canadian Institutes of Health Research (CIHR). (2014). *Patient engagement*. Retrieved from http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/45851.html

DiCenso, A., Virani, T., Bajnok, I., Borycki, E., Davies, B., Graham, I., Harrison, M., . . . Scott, J. (2002). A toolkit to facilitate the implementation of clinical practice guidelines in healthcare settings. *Hospital Quarterly*, *Spring*, 55–60.

Dobbins, M., Davies, B., Danseco, E., Edwards, N., & Virani, T. (2005). Changing nursing practice: Evaluating the usefulness of a Best Practice Guideline implementation toolkit. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, *18*(1), 34–45.

Eccles, MP & BS, Mittman. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, 1:1 doi:10.1186/1748-5908-1-1

Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., . . . Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, *2*, CD003030. doi: 10.1002/14651858.CD003030.pub2

Graham, I., & Tetroe, J. (2010). The knowledge to action framework. In J. Rycroft-Malone & T. Bucknell (Eds.). *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action* (pp. 207–222). Oxford, UK: Wiley-Blackwell, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.

Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., MacFarlane, F., & Kyriakidou, O. (2005). *Diffusion of innovations in health service organizations: A systematic literature review*. Maldne, MA: Blackwell.

Grinspun, D., Melnyk, B. M., & Finout-Overholt, E. (2014). Advancing optimal care with rigorously developed clinical practice guidelines and evidence-based recommendations. In B. M. Melnyk & E. Fineout-Overholt (Eds.). *Evidence-based practice in nursing and health care: A guide to best practice* (3rd ed.) (pp. 182–201). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Grinspun, D., Virani, T., & Bajnok, I. (2002). Nursing Best Practice Guidelines: The Registered Nurses' Association of Ontario project. *Hospital Quarterly*, *5*(2), 56–60.

Hemsley, R., & Mason, R. M. (2013). Knowledge and knowledge management in the social media age. *Journal of Organizational Computing and Electronic Commerce*, *23*(1–2), 138–167.

Jue, A. L., Marr, J. A., & Kassotakis, M.E. (2009). *Social media at work: How networking tools propel organizational performance*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, *7*, 149–158.

Locock, L., Dopson, S., Chambers, D., & Gabbay, J. (2001). Understanding the role of opinion leaders in improving clinical effectiveness. *Social Science & Medicine*, *53*(6), 745–757.

Nass, P., Levine, S., & Yancy, C. (2012). *Methods for involving patients in topic generation for patient-centered comparative effectiveness research: An international perspective.* (Research Priorities White Paper for the Patient-Centered Outcomes Research Institute [PCORI]). Retrieved from http://www.pcori.org/assets/Methods-for-Involving-Patients-in-Topic-Generation-for-Patient-Centered-Comparative-Effectiveness-Research-%e2%80%93-An-International-Perspective.pdf

Ndumbe-Eyoh, S., & Mazzucco, A. (2016). Social media, knowledge translation, and action on the social determinants of health and health equity: A survey of public health practices. *Journal of Public Health Policy*, *37*(S2), S249–S259.

Oakley, M., & Spallek, H. (2012). Social media in dental education: A call for research and action. *Journal of Dental Education*, *76*(3), 279–287.

Parsons, J., & Boydell, K. (2012). Arts-based research and knowledge translation: Some key concerns for health-care professionals. *Journal of Interprofessional Care*, *26*(3), 170–172.

Patton, M. Q. (2010). *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use.* New York, NY: Guilford Publications.

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., . . . Downey, A. (2010). The role of nursing best practice champions in diffusing practice guidelines: A mixed methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *7*(4), 238–251. doi: 10.1111/j.1741-6787.2010.00202.x.

Prasad, V., & Ioannidis, J. (2014). Evidence-based de-implementation for contradicted, unproven, and aspiring healthcare practices. *Implementation Science*, *9*(1). https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-1

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002). *Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005a). *Educator's resource: Integration of best practice guidelines*. Retrieved from http://rnao.ca/bpg/guidelines/resources/educators-resource-integration-best-practice-guidelines

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005b). *Recursos para el docente*. Retrieved from http://rnao.ca/bpg/resources/recursos-para-el-docents

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015). *2014–2015 Best Practice Spotlight Organization impact survey: Summary of survey results.* Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_RNAO-BPSO_Impact_Survey_from_Printer.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017a). *Best Practice Guidelines clinical institute: Program overview*. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2017_Institute_Foundational_Agenda.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017b). *RNAO best practice champion eLearning course*. Retrieved from http://elearning.rnao.ca

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY: Free Press.

Squires, J., Gifford, W., Grinspun, D., Grdisa, V., & McConnell, H. (2017). Identifying, refining, validating and operationalizing indicators and sub-indicators of Best Practice Guideline implementation and sustainability: A framework to drive measurement. *Research Proposal–RNAO Commissioned Study*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Thompson, G., Estabrooks, C., & Degner, L. (2006). Clarifying the concepts in knowledge transfer: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *53*(6), 691–701.

CAPÍTULO

5

LA TECNOLOGÍA COMO ELEMENTO FACILITADOR DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Rita Wilson, MEd, MN, RN
Irmajean Bajnok, PhD, MScN, BScN, RN

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Comprender la importancia de la tecnología como elemento facilitador de la práctica basada en la evidencia.
- Describir los recursos relacionados con la tecnología de RNAO que apoyan la práctica basada en la evidencia.
- Describir los conjuntos de indicaciones de enfermería y sus beneficios.
- Determinar estrategias para integrar el conjunto de indicaciones de enfermería como soporte para la toma de decisiones clínicas en la práctica basada en la evidencia.
- Definir el concepto de Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) como un lenguaje de Enfermería estandarizado y explicar sus beneficios.
- Determinar las recomendaciones clave de eSalud de RNAO relacionadas con las Guías de Buenas Prácticas, *Adaptación de soluciones de eSalud: Estrategias de implantación*.

INTRODUCCIÓN

El cambio de paradigma en la asistencia sanitaria en los últimos años ha dado lugar a un nuevo enfoque en el uso de la tecnología para aumentar la eficiencia, mejorar la seguridad del paciente y optimizar los resultados sanitarios. Con este cambio de paradigma llegó una solución al dilema de los 17 años que transcurren entre la producción de evidencia de investigación y su integración en la práctica (Kumar, 2012). Este reconocimiento de la tecnología como elemento facilitador de la práctica basada en la evidencia fue el catalizador para que RNAO desarrollara recursos de implantación para facilitar de manera más efectiva el acceso a sus Guías de Buenas Prácticas en el punto de atención.

Este capítulo describe el avance de RNAO en el mundo de la tecnología, donde su enfoque actual es el desarrollo de recursos innovadores de eSalud para promover la práctica basada en la evidencia. Los recursos clave que se analizan en este capítulo incluyen: 1) una aplicación que permite a los profesionales de la salud acceder a las guías de RNAO sobre dispositivos móviles, como teléfonos inteligentes y ordenadores portátiles; 2) conjunto de indicaciones de enfermería que simplifican el proceso de integración de las Guías en los sistemas electrónicos de información sanitaria; y 3) una guía para mejorar la participación de los líderes de la asistencia sanitaria, enfermeras y otros profesionales de la salud en todas las fases de una implantación de eSalud.

ESALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define eSalud como "el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la salud" (OMS y Unión Internacional de Telecomunicaciones [UIT], 2012, p. 1). Su objetivo principal es mejorar el flujo de información, utilizando medios tecnológicos, para apoyar más eficazmente la prestación de servicios de salud y la gestión de los sistemas sanitarios (OMS y UIT, 2012). eSalud apoya una gran variedad de necesidades en el sector sanitario.

En los hospitales, la eSalud abarca (pero no se limita a) el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para apoyar los sistemas administrativos, los servicios de atención al paciente (por ejemplo, telemedicina, servicios de diagnóstico, gestión de medicamentos, prestación de servicios de salud) y los servicios de salud al consumidor (por ejemplo, portales de pacientes) (Health Canada, 2010). En los sectores de la atención domiciliaria y la salud pública, la eSalud facilita la vigilancia a distancia de los pacientes y el acceso de los profesionales de la salud a la información mediante el uso de la tecnología móvil (por ejemplo, teléfonos inteligentes y computadoras portátiles) (Ministerio de Salud de Canadá, 2010). Además, en el sector de los cuidados de larga duración, eSalud es evidente en el uso de sistemas informáticos por parte de enfermeras y otros proveedores de cuidados para la documentación electrónica, la entrada de pedidos y la receta electrónica (Health Canada, 2010).

Desde la introducción de eSalud como estrategia nacional y provincial para revolucionar y modernizar la prestación de servicios de salud, RNAO ha estado abogando activamente para que las enfermeras participen plenamente en todo el proceso. El valor añadido de las enfermeras tituladas y de las enfermeras especialistas en las mesas de toma de decisiones garantiza que sus perspectivas se reflejen adecuadamente en la infraestructura de eSalud. Además, sus contribuciones durante las etapas de planificación influyen positivamente en el diseño de sistemas electrónicos de información sanitaria que son fáciles de usar y clínicamente relevantes para el personal de Enfermería y otros profesionales de la salud (RNAO, 2017a).

Desde el año 2005, RNAO ha seguido el ritmo de las tendencias en los hospitales y otras organizaciones de la salud para aprovechar la tecnología en apoyo de la prestación de atención. En ese año, RNAO lanzó su programa de Enfermería y eSalud (con financiación del Ministerio Salud y de Cuidados de Larga Duración de Ontario) para capacitar a las enfermeras a adoptar y utilizar eficazmente las innovaciones de eSalud y los recursos electrónicos basados en la evidencia (RNAO, 2006, 2009, 2013b). Durante varios años de trabajo en

asociación con el Gobierno de Ontario, RNAO desarrolló recursos formativos y de aprendizaje en línea basados en la evidencia para informar a enfermeras y otros profesionales de la salud sobre eSalud y sus beneficios y su aplicabilidad a la Enfermería y a todo el sector de la salud. RNAO también creó un grupo de aproximadamente 1.500 impulsores de eSalud para dirigir y apoyar su adopción entre las enfermeras y otros profesionales de la salud.

En 2009, tras el gran éxito de los impulsores de eSalud, RNAO recibió fondos para dirigir el proyecto de Líderes de Enfermería por Pares (Nurse Peer Leader Project) a través del Programa de redes de apoyo para los profesionales de la salud de Canada Health Infoway (Infoway). Infoway es el organismo nacional de Canadá que tiene como objetivo optimizar el uso de eSalud para incrementar su valor para las personas y el sistema de salud.

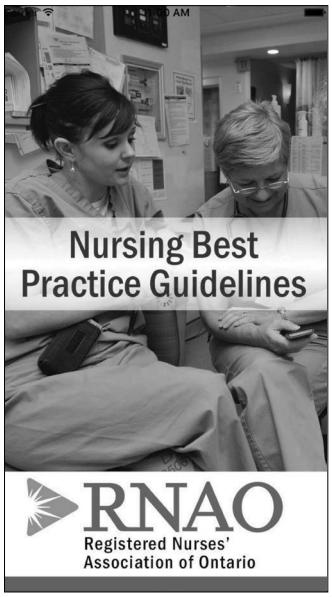
Dentro de su amplio mandato, Infoway realiza un gran esfuerzo para aumentar la participación del personal sanitario en eSalud a través de proyectos de redes regionales de apoyo a profesionales de la salud que se dirigen a enfermeras, farmacéuticos y médicos de todo el país. El proyecto de RNAO de Líderes de Enfermería por Pares dio como resultado una red de 14 enfermeras en toda la provincia de Ontario, Canadá, que trabajaron en todos los sectores (incluyendo el académico), para concienciar sobre eSalud y su valor en la Enfermería. Además de este papel de "descongelamiento", los líderes de pares también proporcionaron información de Enfermería para la toma de decisiones de eSalud a nivel local y regional y a menudo sirvieron de modelo para el uso eficaz de eSalud en la Enfermería. Estos líderes de pares formaban parte de una red que recibía apoyo a través de la gestión del cambio, la formación y el desarrollo profesional en eSalud y difundieron una activa comunidad virtual de práctica y de capacitación interactiva. Sus acciones allanaron el camino para una mayor participación de la Enfermería en la toma de decisiones de eSalud y condujeron a otro proyecto de éxito financiado por Infoway, el proyecto de líderes por pares de Ontario, con RNAO y en asociación con la Ontario Medical Association. Esta iniciativa, que se desarrolló de 2012 a 2014, se centró en promover la adopción de eSalud en la atención primaria.

Los impulsores de eSalud y los líderes estaban creando y observando la aparición de una mayor preparación de las enfermeras para adoptar eSalud en las actividades prácticas cotidianas. Esta tendencia fue un catalizador para el lanzamiento de la primera innovación en eSalud de RNAO en 2011, la aplicación móvil de *Guías de Buenas Prácticas de Enfermería de RNAO*, diseñada para su uso en dispositivos móviles tales como teléfonos inteligentes y tabletas (Wilson, Bajnok, & Costa, 2015).

LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA DE RNAO

La aplicación móvil de *Guías de Buenas Prácticas de Enfermería de RNAO* (ver Figura 5.1) fue desarrollada para facilitar el acceso a versiones condensadas de más de 50 guías clínicas y de ambientes laborales saludables en el punto de atención (Bajnok, Burkoski y Doran, 2012; Doran et al., 2010, 2012; RNAO, 2016a). Con este nuevo recurso informático, las enfermeras tienen acceso a las recomendaciones prácticas, la evidencia relacionada y las herramientas de enseñanza al alcance de sus manos. La aplicación se ha convertido rápidamente en un recurso popular utilizado por enfermeras y otros profesionales de la salud de todo el mundo (RNAO, 2016a). Para muchas enfermeras, se convirtió en una ayuda crítica para la práctica profesional en la preparación de la atención a los pacientes, responder preguntas durante la prestación de la atención, llevar a cabo una educación en salud con los pacientes, acceder a los recursos clínicos y servir como referencia para apoyar las decisiones de la práctica (Doran et al., 2010, 2012).

Justo antes del quinto aniversario de su lanzamiento, en un esfuerzo por refinar y ampliar la utilidad de la aplicación móvil, RNAO llevó a cabo una encuesta entre los usuarios finales en 2015. Los resultados de la encuesta dieron lugar a una actualización de la aplicación para proporcionar un recurso aún más fácil de usar para el usuario con funciones avanzadas destinadas a mejorar la práctica de las enfermeras y otros profesionales de la salud en todo el mundo.



"Me alegra tener las Guías en un formato portátil, rápido y bien organizado. Una gran herramienta para utilizar y asegurar la atención de calidad".

"¡Gracias, esto es increíble! Para las enfermeras que trabajan en atención domiciliaria y otras áreas donde las computadoras e Internet no están disponibles, este es el recurso perfecto para las prácticas más actualizadas basadas en la evidencia."

"¡Increíble! ¡Información rápida basada en la evidencia al alcance de su mano! Imprescindible para estudiantes y enfermeras en cualquier entorno".

FIGURA 5.1 La aplicación móvil de *Guías de Buenas Prácticas de Enfermería de RNAO* con citas de los usuarios.

Reimpreso de RNAO, 2016a. ©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

La aplicación móvil actualizada incorpora las siguientes características de diseño y funcionalidad:

- Guías concisas, clínicamente relevantes y basadas en la evidencia para ayudar en la evaluación, la toma de decisiones y la gestión de pacientes con una variedad de condiciones de salud (por ejemplo, ictus, ostomía, dolor y lesiones por presión).
- Guías clasificadas por temas (es decir, enfermedades crónicas, adicción y salud mental, cuidado de personas mayores, etc.) con la opción de mostrar las guías en orden alfabético.
- Funcionalidad de búsqueda mejorada para una referencia rápida.

REFLEXIÓN

¿Cómo afecta o podría afectar el acceso a la aplicación móvil de Guías de RNAO a su práctica enfermera?

La facilidad de uso de la aplicación móvil fue una consideración importante durante el rediseño. La Organización Internacional de Normalización (ISO) define la usabilidad como la "medida en que un sistema, producto o servicio puede ser utilizado por usuarios específicos para alcanzar objetivos específicos con eficacia, eficiencia y satisfacción en un contexto de uso específico" (ISO 9241-11, 2016, párrafo 2). Antes de la publicación de la aplicación revisada se llevaron a cabo múltiples sesiones de usabilidad en las que participaron enfermeras y otros profesionales de la salud. La usabilidad del producto final fue muy alta entre los usuarios finales. Un factor que contribuye a la usabilidad de la aplicación es la inclusión de títulos coherentes para organizar el contenido condensado de las guías clínicas y de entornos laborales saludables (mostradas en la Figura 5.2).

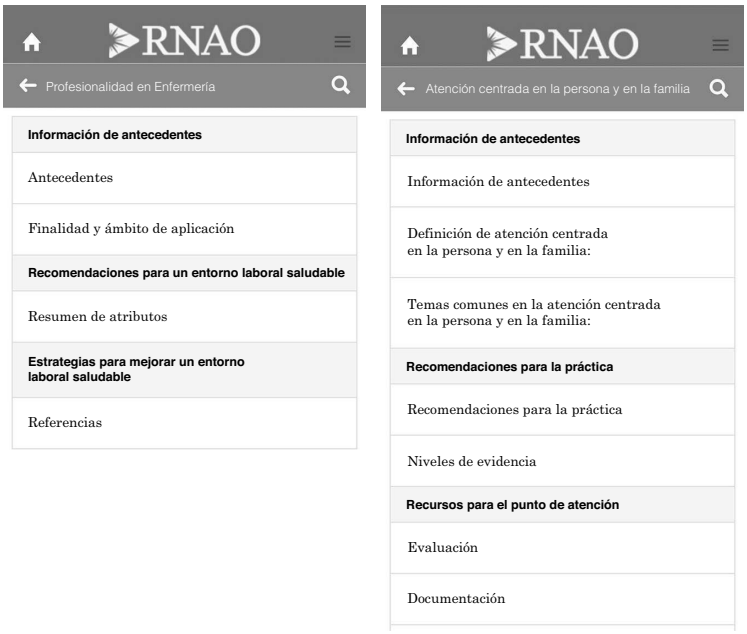


FIGURA 5.2 Aplicación móvil de Guías de Buenas Prácticas de Enfermería de RNAO. Títulos estándar utilizados para las guías clínicas y de ambientes laborales saludables.
Reimpreso de RNAO, 2016a. ©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

La aplicación móvil está disponible para su descarga gratuita para dispositivos móviles Apple y Android en App Store y Google Play Store, respectivamente. Desde su relanzamiento en 2015, la aplicación ha sido descargada por cientos de usuarios en más de 70 países de todo el mundo, afirmando el valor de la aplicación para ayudar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones en el punto de atención y para promover la práctica basada en la evidencia. A través de herramientas como esta, el acceso del personal sanitario desde el punto de atención a recursos basados en la evidencia se traduce en intervenciones de atenciones clínicas apropiadas y oportunas para sus pacientes, lo que conduce a unos óptimos resultados en salud.

Los dispositivos móviles representan una de las dos formas innovadoras en que RNAO está aprovechando la tecnología para permitir la práctica basada en la evidencia; la otra son los conjuntos de indicaciones de enfermería.

CONJUNTOS DE INDICACIONES ENFERMERAS

Tal como se diseñó originalmente, en 1999, las Guías de RNAO estaban destinadas a ser utilizadas en entornos con herramientas de comunicación como el papel, las historias y los recursos clínicos. Con el creciente uso de sistemas electrónicos de información sanitaria, RNAO diseñó una nueva estrategia de implantación para integrar perfectamente las Guías en estos sistemas. En 2011, RNAO comenzó a desarrollar, difundir y apoyar activamente la adopción y evaluación de los conjuntos de Indicaciones de enfermería.

El término conjunto de Indicaciones de enfermería se utiliza para describir una lista de intervenciones que se recomiendan para diagnósticos, condiciones o estados de salud y tratamientos específicos del paciente (Idemoto, Williams y Blackmore, 2016; Slavik Cowen y Moorhead, 2014). Un conjunto de indicaciones puede apoyar la toma de decisiones clínicas en el punto de atención como un recurso basado en papel o como un recurso integrado en un sistema electrónico de información sanitaria (Wilson et al., 2015).

Los conjuntos de indicaciones se asociaron originalmente con las ordenes de los médicos, pero más recientemente, el término se ha utilizado de manera creciente en referencia a las intervenciones que caen dentro del dominio de la Enfermería (Canadian Associaction of Schools of Nursing, 2012; RNAO, 2012). Un ejemplo es el estudio de Drake y sus colegas (Drake, Redfern, Sherburne, Nugent y Simpson, 2012), que se refirió a un conjunto estandarizado de indicaciones de enfermería para úlceras por presión que existía en el hospital donde realizaron su investigación. El conjunto de indicaciones se introdujo para ayudar a las enfermeras a realizar evaluaciones de riesgo de úlceras por presión e implantar medidas preventivas para los pacientes en riesgo. De manera similar, Kruse y Rigotti (2014) examinaron la eficacia de añadir a un conjunto de indicaciones de enfermería de admisión ya existente una pregunta de detección para la exposición pasiva al humo.

Los conjuntos de indicaciones de enfermería de RNAO complementan la Guía de Buenas Prácticas Clínicas específica de la que se derivan al sintetizar las recomendaciones de la práctica en declaraciones de intervenciones viables basadas en la evidencia y que se pueden utilizar para formular el plan de atención de una persona (Wilson, 2013). La Tabla 5.1 muestra dos recomendaciones prácticas de la guía de RNAO (2013a) *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético*, segunda edición, y las correspondientes intervenciones orientadas a la acción en el conjunto de indicaciones de enfermería.

TABLA 5.1 RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA DE LAS GUÍAS Y LAS CORRESPONDIENTES INTERVENCIONES ORIENTADAS A LA ACCIÓN EN EL CONJUNTO DE INDICACIONES DE ENFERMERÍA

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA VALORACIÓN Y MANEJO DE LAS ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO	INTERVENCIONES ORIENTADAS A LA ACCIÓN VALORACIÓN Y MANEJO DE LAS ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO CONJUNTO DE INDICACIONES ENFERMERAS
1.1 Identificar la ubicación y clasificación de la(s) úlcera(s) del pie y medir la longitud, el ancho y la profundidad del lecho de la herida.	❑ Evaluar la(s) úlcera(s) del pie utilizando una herramienta validada en el momento del ingreso o del contacto inicial ■ Identificar la ubicación y clasificación de la(s) úlcera(s) del pie ■ Medir la longitud, el ancho y la profundidad del lecho de la herida con una herramienta consistente
4.0 Supervisar el progreso de la cicatrización de heridas de manera continua usando una herramienta consistente y evaluar el porcentaje de cierre de la herida a las 4 semanas.	❑ Observar y medir las úlceras por presión de manera continua utilizando la herramienta PUSH. ■ Evaluar el porcentaje de cicatrización de la herida a las 4 semanas ■ Si no se logra una reducción del 50% de la superficie en 4 semanas, se debe realizar una reevaluación completa del paciente y del plan de tratamiento antes de que se consideren tecnologías de curación avanzadas

Como se puede ver, los conjuntos de indicaciones de enfermería son herramientas para traducir la evidencia en práctica y reducir la variación en la atención, al delinear las intervenciones específicas requeridas y cuándo y cómo deben llevarse a cabo. Además, la integración de estos conjuntos de normas en los sistemas electrónicos de información sanitaria aumenta el acceso del personal sanitario a las intervenciones basadas en la evidencia para informar sobre su práctica, cuando y donde sea que las necesiten (Wilson, 2013).

Una característica añadida de los conjuntos de indicaciones de enfermería de RNAO es su flexibilidad. Pueden incorporarse fácilmente a cualquier sistema electrónico de información sanitaria o contexto clínico (por ejemplo, cuidados intensivos, atención primaria, atención a largo plazo, atención domiciliaria o atención comunitaria) (Wilson, 2013). Esta flexibilidad fue una consideración importante durante el proceso de desarrollo.

PROCESO DE DESARROLLO

En su análisis basado en la evidencia, Healthcare Human Factors (HHF) (2009) notó la variabilidad en el proceso de desarrollo del conjunto de normas, relacionada con el tipo de metodología y el tipo de desarrolladores utilizados. En algunos casos, la metodología fue por consenso. En otros, el proceso de desarrollo del conjunto de normas se basó en la evidencia. El informe de HHF también identificó dos tipos de profesionales que desarrollan de conjuntos de normas: profesionales de la salud que trabajan para una organización y grupos de trabajo compuestos por personal sanitario de diferentes organizaciones. En este último caso, los conjuntos de normas a menudo se ponen a disposición de otras organizaciones de atención en salud, ya sea como parte de una biblioteca o como parte de un sistema computarizado de entrada de normas de los profesionales de la salud.

La RNAO utiliza una metodología híbrida al desarrollar sus conjuntos de indicaciones, comenzando con un análisis detallado de las recomendaciones de prácticas basadas en la evidencia y la evidencia correspondiente publicada en la Guía de Buenas Prácticas (ver Figura 5.3). Este paso asegura que las declaraciones de intervenciones de Enfermería son pertinentes y los recursos de apoyo para la toma de decisiones clínicas se incluyan en el conjunto de indicaciones de enfermería.

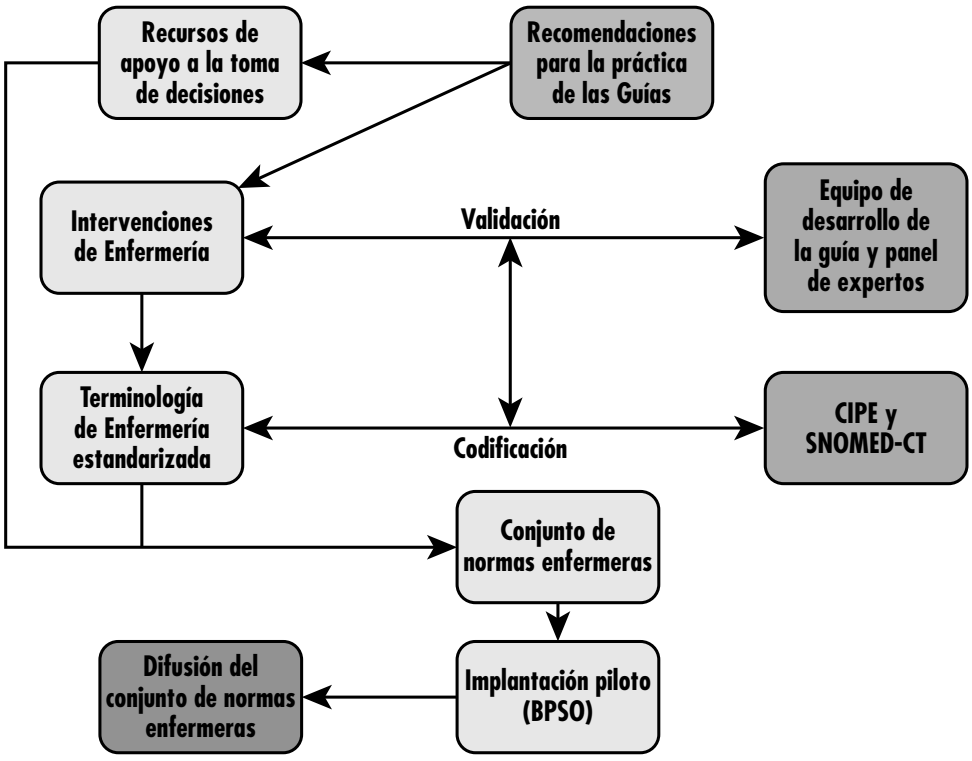


FIGURA 5.3 Proceso de desarrollo del conjunto de indicaciones de enfermería.
Reimpreso de Wilson et al., 2015. Usado con permiso.

Las declaraciones individuales de intervenciones enfermeras se redactan de acuerdo con dos normas internacionales específicas de Enfermería: 1) Informática de la salud: estructuras categóricas para la representación de los diagnósticos de Enfermería y las acciones de Enfermería en los sistemas terminológicos (ISO 18104:2014) (ISO, 2014); y 2) Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) Modelo de 7 ejes (Consejo Internacional de Enfermería [ICN], 2009). El Consejo Internacional de Enfermería desarrolló la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería como el lenguaje terminológico internacional estandarizado para describir el trabajo que realizan las enfermeras (Coenen y Kim, 2010).

Una vez terminados, los borradores de las declaraciones de intervención se validan utilizando un enfoque de colaboración que incluye al equipo de desarrollo de guías de RNAO, formado por enfermeras (RN) y miembros de los paneles de expertos que desarrollaron la guía. Una vez validado, un grupo de trabajo integrado por un informático de Enfermería de RNAO y terminólogos expertos del Consejo Internacional de Enfermería trazan un mapa de las intervenciones para la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE). El *mapeo* es el proceso por el cual conceptos o términos similares o relacionados se interrelacionan formalmente utilizando un lenguaje terminológico estandarizado como el sistema de codificación numérica de la CIPE (Wieteck, 2008). Al asignar el mismo código numérico a cada uno de estos términos o conceptos (por ejemplo, lesión por presión, úlcera por presión y úlcera de decúbito), el sistema electrónico de información sanitaria puede reconocerlos como sinónimos (Wieteck, 2008). Por lo tanto, el uso de un lenguaje terminológico estandarizado facilita la extracción de datos más precisos para iniciativas de mejora de la calidad, desarrollo de políticas e investigación (Wilson, 2013).

El Consejo Internacional de Enfermería ha asignado sus códigos de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería a la Nomenclatura Sistematizada de Términos Médicos y Clínicos (SNOMED CT) como parte de su Acuerdo de Armonización con International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO) (Kim, Hardiker y Coenen, 2014). A nivel mundial, SNOMED CT es considerado el lenguaje terminológico más completo utilizado para facilitar el intercambio de información sanitaria (Biblioteca Nacional de Medicina [NLM], 2016). Gracias a esta colaboración, ahora también es posible asignar los conjuntos de indicaciones de enfermeria de RNAO a SNOMED CT. Este es el enfoque recomendado si los conjuntos de normas están siendo incluidos a un sistema electrónico de información de salud que SNOMED CT tiene incorporado.

REFLEXIÓN

Considere la importancia de incluir intervenciones específicas de Enfermería en la historia clínica electrónica como parte del plan de atención.

Un gran hospital académico y de investigación en Ontario, Canadá, ha incorporado recientemente los conjuntos de indicaciones de enfermería de RNAO en Epic. Este sistema electrónico de información de salud utiliza SNOMED CT como lenguaje terminológico (IHTSDO, 2017). El personal involucrado en la implantación tuvo que hacer una referencia cruzada de los códigos de la CIPE en el conjunto de indicaciones de enfermería con los códigos de la SNOMED CT incrustados en Epic (ver Tabla 5.2).

Al vincular estos lenguajes terminológicos que se están desarrollando en Epic, por ejemplo, cuando los profesionales de la salud añaden un diagnóstico a la lista de problemas seleccionando un término existente, el correspondiente concepto de SNOMED CT se selecciona automáticamente. Esta referencia cruzada mejora la capacidad de la organización para utilizar la tecnología con el fin de proporcionar apoyo en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia y aumentar sus capacidades de generación de informes (IHTSDO, 2017).

TABLA 5.2 MAPEO DE LOS CÓDIGOS CIPE EN LOS CONJUNTOS DE INDICACIONES ENFERMERAS A LOS CÓDIGOS SNOMED CT EN EPIC

DECLARACIÓN DE INTERVENCIÓN DEL CONJUNTO DE INDICACIONES ENFERMERAS	CÓDIGO CIPE EN EL CONJUNTO DE INDICACIONES	TÉRMINO PREFERIDO POR EL CIPE (PUBLICACIÓN DE 2015)	CÓDIGO SNOMED CT EN EPIC	NOMBRE SNOMED CT COMPLETAMENTE ESPECIFICADO (PUBLICACIÓN 2016-01-31)
Evaluar la infección utilizando técnicas de evaluación clínica	10002821	Evaluación de la susceptibilidad a la infección	370782005	Evaluación de la susceptibilidad a la infección (procedimiento)
Obtener una historia clínica completa en el momento del ingreso o del contacto inicial	10030687	Evaluación del ingreso	406152008	Evaluación del ingreso (procedimiento)
Implantar un protocolo para el cuidado de las úlceras del pie diabético	10031117	Cuidado de úlceras diabéticas	711027007	Cuidado de úlceras diabéticas (régimen/terapia)
Realizar un examen físico de las extremidades afectadas en el momento del ingreso	10032258	Examen físico	5880005	Procedimiento del examen físico (procedimiento)

CARACTERÍSTICAS CLAVE Y BENEFICIOS POTENCIALES

Varias características clave en el diseño de los conjuntos de indicaciones de enfermería de RNAO los hacen valiosos para las enfermeras. En primer lugar, los conjuntos de normas se componen de declaraciones de intervenciones de Enfermería viables y basadas en la evidencia. Al integrar el conjunto de indicaciones de enfermería en los sistemas electrónicos de información sanitaria, las enfermeras tendrán acceso inmediato a la mejor evidencia disponible al alcance de sus manos, reduciendo la brecha entre la investigación y la práctica.

En segundo lugar, las intervenciones dentro de los conjuntos de órdenes están alineadas con cada componente del proceso de Enfermería: valoración, planificación, implantación y evaluación. La American Nurses Association (ANA) describe el *proceso de Enfermería* como "el hilo conductor que une a los diferentes tipos de enfermeras que trabajan en diferentes áreas " (ANA, 2013, párrafo 1). Por lo tanto, el uso del proceso de Enfermería como el marco organizativo para el conjunto de indicaciones de enfermería asegura su congruencia con el flujo de trabajo típico de Enfermería (Yildirim & Özkahraman, 2011). Es importante señalar que, aunque los conjuntos de indicaciones de enfermería tienen por objeto apoyar el flujo de trabajo de las enfermeras, no se preselecciona ninguna de las declaraciones de intervención. Este enfoque garantiza que las enfermeras utilicen los conjuntos de indicaciones de enfermería como un recurso de apoyo para la toma de decisiones clínicas, en lugar de ser un sustituto de su propia toma de decisiones clínicas.

En tercer lugar, cada declaración de intervención en el orden establecido está vinculada a las recomendaciones prácticas de las que se derivan. Para ilustrar este punto, considere el subconjunto del conjunto de indicaciones de enfermería para reducir las complicaciones de los pies de las personas con diabetes (RNAO, 2015) que se muestra en la Figura 5.4.

Los números que aparecen en la columna con el título "PR#" reflejan las recomendaciones prácticas de las que se derivan las intervenciones que se muestran a la izquierda de la columna. Por ejemplo, la declaración de intervención "evaluar el riesgo de ulceración o amputación del pie al menos una vez al año en todos los pacientes mayores de 15 años con diabetes y con mayor frecuencia en aquellos con mayor riesgo" se derivó de las recomendaciones de la práctica "1.0-2.0".

Las recomendaciones para la práctica publicadas en la Guía (RNAO, 2007) son las siguientes:

1.0 "El examen físico de los pies para evaluar los factores de riesgo de ulceración o amputación de los pies debe ser realizado por un profesional de la salud.

1.1 Este examen debería realizarse al menos una vez al año en todas los pacientes mayores de 15 años con diabetes y a intervalos más frecuentes para las personas con mayor riesgo.

2.0 Las enfermeras deben llevar a cabo una evaluación del riesgo del pie para los pacientes con diabetes conocida. Esta evaluación de riesgos incluye lo siguiente: antecedentes de úlceras previas del pie, sensibilidad, anormalidades estructurales y biomecánicas, circulación y actividades y conocimientos de autocuidado".

Además de vincular las recomendaciones prácticas con las declaraciones de intervención, los conjuntos de indicaciones de enfermería proporcionan un resumen de la evidencia de apoyo que también es accesible en el punto de atención.

En cuarto lugar, las declaraciones de intervención en el conjunto de indicaciones de enfermería en el que se basa la evidencia más sólida (por ejemplo, los metaanálisis, las revisiones sistemáticas de los ensayos controlados aleatorios o los ensayos controlados aleatorios) se muestran en negrita. Un ejemplo de esta característica es evidente en la intervención "Enseñar acerca del cuidado básico de los pies" en la Figura 5.4, que aparece en negrita, lo que indica una fuerte evidencia de esta intervención.

Conjunto de INDICACIONES enfermeras Reducción de las complicaciones del pie para las personas con diabetes	PR#
Ver el documento asociado para las recomendaciones para la práctica (PR). Las intervenciones que aparecen en **negrita** están respaldadas por las evidencias más sólidas.	
Evaluación	
☐ **Evaluar el riesgo de ulceración o amputación del pie al menos una vez al año en todos los pacientes mayores de 15 años con diabetes y con mayor frecuencia en aquellos con mayor riesgo** (10042678)**.** • Obtener la historia clínica y el examen físico • La evaluación del riesgo del pie incluye: historia de úlceras anteriores, sensibilidad, anormalidades estructurales y biomecánicas, circulación y comportamiento, y conocimientos sobre autocuidado Documentos asociados: algoritmo de evaluación del riesgo; evaluación del pie diabético/guía de evaluación del riesgo; uso del monofilamento Semmes-Weinstein y anormalidades estructurales y biomecánicas	1.0–2.0
☐ Clasificar y documentar el riesgo de ulceración o amputación del pie • Basándose en la evaluación de los factores de riesgo, los pacientes deben clasificarse como de "bajo" o "alto" riesgo de ulceración o amputación del pie	6.0
• Informar al paciente de su estado de riesgo en los pies	3.0
Planificación	
☐ Derivar a los pacientes con mayor riesgo de ulceración o amputación del pie a su proveedor de atención primaria o especializado (10032567) • Equipos de tratamiento o educación para el tratamiento de la diabetes o el cuidado del pie, según corresponda.	6.0
Implantación	
☐ **Enseñar acerca del cuidado básico de los pies** (10042825)**.** • Todas las personas con diabetes deben recibir formación básica sobre el cuidado de los pies y reforzarla al menos una vez al año. Documento asociado: formación básica sobre el cuidado de los pies para personas con diabetes	4.0–5.2

FIGURA 5.4 Subconjunto de la reducción de las complicaciones del pie para personas con diabetes. Reimpreso de RNAO, 2015. ©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

En quinto lugar, los conjuntos de indicaciones de enfermería incluyen documentos asociados que son recursos de apoyo para la toma de decisiones clínicas derivados de las guías. Los documentos asociados incluyen recursos tales como árboles de decisión, algoritmos, factores de riesgo, signos y síntomas de condiciones adversas y material educativo. A continuación, se muestra un ejemplo de un documento asociado contenido en el conjunto de indicaciones de enfermería *Trabajar con las familias para promover un descanso seguro para los bebés de 0 a 12 meses* (RNAO, 2016d). Los documentos asociados pueden integrarse en los sistemas electrónicos de información sanitaria como documentos de referencia y estar a disposición de los profesionales de la salud cuando y donde lo necesiten.

DOCUMENTO ASOCIADO UTILIZADO COMO RECURSO EDUCATIVO

Estrategias para crear lugares de descanso seguros para los bebés:

- Coloque al bebé en una cuna que cumpla con las indicaciones de enfermería de seguridad canadienses.
- No permita que entren en el lugar de descanso otros objetos que no sean el colchón y una sábana bajera.
- No coloque mantas, edredones o colchas sueltas cerca del bebé, entre el colchón y la sábana o debajo del bebé.
- Tenga cuidado al envolver a los bebés en pañales.
- Evite el sobrecalentamiento del bebé colocándolo con ropa de dormir ajustada de una sola pieza que sea cómoda a temperatura ambiente y evite el uso de mantas adicionales.

Reimpreso de RNAO, 2016d. Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

La sexta característica, ALERTAS, promueve el uso de la tecnología como elemento facilitador de la práctica basada en la evidencia. En cada conjunto de indicaciones de enfermería, las ALERTAS se muestran en letra roja para llamar la atención sobre prácticas o factores específicos que podrían poner en peligro la seguridad del paciente. Un ejemplo del conjunto de indicaciones de enfermería *Valoración de pacientes con accidente cerebrovascular que reciben terapia trombolítica aguda (r-tPA)* (RNAO, 2016c) es: "La monitorización de los signos vitales es importante para reducir el riesgo de lesión cerebral secundaria y mejorar los resultados" (ver Figura 5.5). Esta función será especialmente útil para las enfermeras que utilizan sistemas electrónicos de información sanitaria con funciones más avanzadas, como los activadores y los recordatorios que pueden preprogramarse para generar alertas.

Una séptima característica es la referencia cruzada de las declaraciones de intervención en el conjunto de indicaciones de enfermería al lenguaje terminológico internacional estandarizado de Enfermería (es decir, CIPE). Una ventaja clave de la adopción de la CIPE es la capacidad de identificar los conceptos y términos sinónimos que se utilizan para representar los datos de Enfermería en los sistemas electrónicos de información sanitaria mediante la asignación de los mismos códigos numéricos a estos términos y conceptos. Los códigos de la CIPE se almacenan en tablas incorporadas en la tecnología que se está confeccionando y son referenciados según sea necesario cuando se extraen los datos para su análisis, investigación o interoperabilidad, es decir, para el intercambio de información entre los centros de salud.

Un ejemplo de caso de uso de los códigos de la CIPE es el investigador que necesita extraer datos de diferentes agencias de salud para realizar análisis comparativos y establecer puntos de referencia. Otro caso de uso potencial es el de la enfermera jefe, que necesita extraer y analizar datos para evaluar la adopción de una práctica particular basada en la evidencia.

Conjunto de INDICACIONES enfermeras Valoración de pacientes con accidente cerebrovascular agudo que reciben terapia trombolítica aguda (r-tPA)	PR#
Ver el documento asociado para las recomendaciones para la práctica (PR). Las intervenciones que aparecen en **negrita** están respaldadas por las evidencias más sólidas. *ALERTA: Las enfermeras deben reconocer la aparición repentina o nueva de los signos y síntomas de un accidente cerebrovascular como una emergencia médica para acelerar el acceso a la terapia para accidentes cerebrales que dependenden del tiempo; "el tiempo es cerebro" .*	2.0
Evaluación	
☐ Realizar una evaluación neurológica en el momento del ingreso (10036772) Documento asociado: Herramientas de evaluación neurológica	3.0
☐ Evaluar los signos vitales (T, BP, RR, HR, SpO_2) en el ingreso (10032113) *ALERTA: La monitorización de los signos vitales es importante para reducir el riesgo de lesión cerebral secundaria y mejorar los resultados.*	3.0
☐ Examen para detectar el riesgo de disfagia en las 24 horas siguientes a que el paciente recupere el conocimiento después del accidente cerebrovascular (10050115) **NOTA:** Las enfermeras con la formación adecuada deben realizar pruebas de detección de disfagia utilizando una herramienta validada, en todos los entornos de práctica.	6.0–6.1
☐ Mantener el ayuno (incluyendo medicación oral) hasta que se complete la evaluación del riesgo de disfagia (10044793)	
☐ Evaluar las necesidades de aprendizaje y de preparación del paciente o el cuidador (10002781)	13.0
Planificación	
☐ Colaborar con el equipo interprofesional, la familia y el paciente con respecto al plan de atención centrado en el paciente que incorpora una planificación de atención avanzada, paliativa y para el final de la vida (10035915).	4.1

FIGURA 5.5 ALERTAS en un conjunto de indicaciones de enfermería de pacientes con ictus.
Reimpreso de RNAO, 2016c. Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

Los conjuntos de indicaciones de enfermería de RNAO simplifican la evaluación de las implantaciones de las guías mediante la captura sin fisuras de los datos sobre los procesos clave y la medición de resultados para su posterior análisis mediante el uso de software de análisis de datos. Los Indicadores de Calidad Enfermera para la Monitorización y la Evaluación (NQuIRE®) de RNAO son un ejemplo de un sistema de análisis de datos. Es utilizado por los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO), que son organizaciones de salud o instituciones académicas de todo el mundo que han firmado un acuerdo formal con RNAO para implantar Guías de Buenas Prácticas (tres en BPSO internacionales y cinco en BPSO canadienses) durante un periodo de 3 años y evaluar el impacto. NQuIRE recopila datos a nivel de la organización sobre indicadores estructurales de recursos humanos, así como indicadores de procesos y resultados sensibles a la Enfermería, diseñados para controlar sistemáticamente la adopción de los cambios en la práctica recomendados en las guías y evaluar su impacto en los resultados de los pacientes.

REFLEXIÓN

¿Cómo podría el uso de los códigos de la CIPE hacer avanzar la práctica enfermera?

CONJUNTOS DE INDICACIONES DE ENFERMERÍA EN ACCIÓN

Esta sección muestra el conjunto de indicaciones de enfermeria en acción a través de una asociación de RNAO con Canada Health Infoway. Los conjuntos de indicaciones de enfermería de RNAO son neutrales con respecto a los proveedores y pueden estar integrados en cualquier sistema electrónico de información sanitaria, independientemente del proveedor. Desde su introducción en 2012, más de 30 organizaciones de atención sanitaria han implementado conjuntos de indicaciones de enfermería en todo el espectro de la atención en salud, incluyendo la atención primaria, los cuidados intensivos, la atención domiciliaria y la atención a largo plazo.

Dados los éxitos pasados de RNAO con el Modelo de Líderes por Pares de Infoway, discutido anteriormente en este capítulo, en 2015 Infoway otorgó a RNAO financiamiento que les permitió demostrar el impacto de la incorporación de conjuntos de indicaciones de enfermería codificadas por la CIPE dentro de múltiples sistemas electrónicos de información de salud para permitir la captura y recuperación automáticas de datos para apoyar la evaluación de resultados (Punch, 2017). Los principales objetivos del proyecto eran capacitar a las líderes de Enfermería por pares en los sitios seleccionados del proyecto:

1. Promover la participación de los profesionales de la salud y la adopción de las siguientes funciones electrónicas clínicas avanzadas:
   a) Apoyo a la toma de decisiones en el ámbito de la medicina electrónica: Conjuntos de indicaciones de enfermería (incorporados en los sistemas electrónicos de información sanitaria) que se derivan de las siguientes Guías de Buenas Prácticas de RNAO:
      - *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético*
      - *Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales*
      - *Estrategias para apoyar la autogestión en enfermedades crónicas: colaboración con los pacientes*
   b) Medición de la actuación electrónica: Recopilación y extracción de datos basados en la tecnología utilizando el lenguaje terminológico de la CIPE.
   c) Análisis clínicos electrónicos: Sistema de datos NQuIRE de RNAO para medir el impacto de la implantación de las guías.
2. Mejorar la capacidad de los profesionales de la salud para utilizar eficazmente los servicios electrónicos de los pacientes (es decir, ver fuentes electrónicas) para promover el autocuidado de las úlceras del pie y las lesiones por presión existentes y prevenir la formación de otras nuevas.

Se seleccionaron cuatro sitios para el proyecto a través de un proceso de solicitud de propuesta, que representan la atención domiciliaria, la atención a largo plazo y dos entornos hospitalarios. Tres de los sitios eran centros BPSO designados (ver Capítulo 6).

El proyecto fue un éxito rotundo, como se muestra en la infografía del proyecto de la Red de Líderes de Enfermería por Pares de RNAO (Nurse Peer Leader Network), que se muestra en la Figura 5.6. La imagen muestra los detalles del proyecto y los resultados desde el punto de vista del proveedor de salud, la organización y el paciente. Como se demostró, los resultados de los proveedores y de la organización incluyeron la integración de conjuntos de indicaciones de enfermería en cuatro tipos diferentes de sistemas electrónicos de información de salud; la mejora de los conocimientos y la experiencia de los proveedores; y el fortalecimiento de la práctica basada en la evidencia (en la evaluación, la planificación, el cambio de prácticas sustitutorias y la evaluación) a través del apoyo tecnológico. Además, para los pacientes, los resultados mostraron mejoras en el tiempo de cicatrización de las heridas y una reducción de los riesgos y complicaciones, lo que conlleva una mejor calidad de vida.

REFLEXIÓN

¿De qué manera los conjuntos de indicaciones de enfermería incorporados en el sistema electrónico de salud apoyan el uso consistente de la práctica basada en la evidencia?

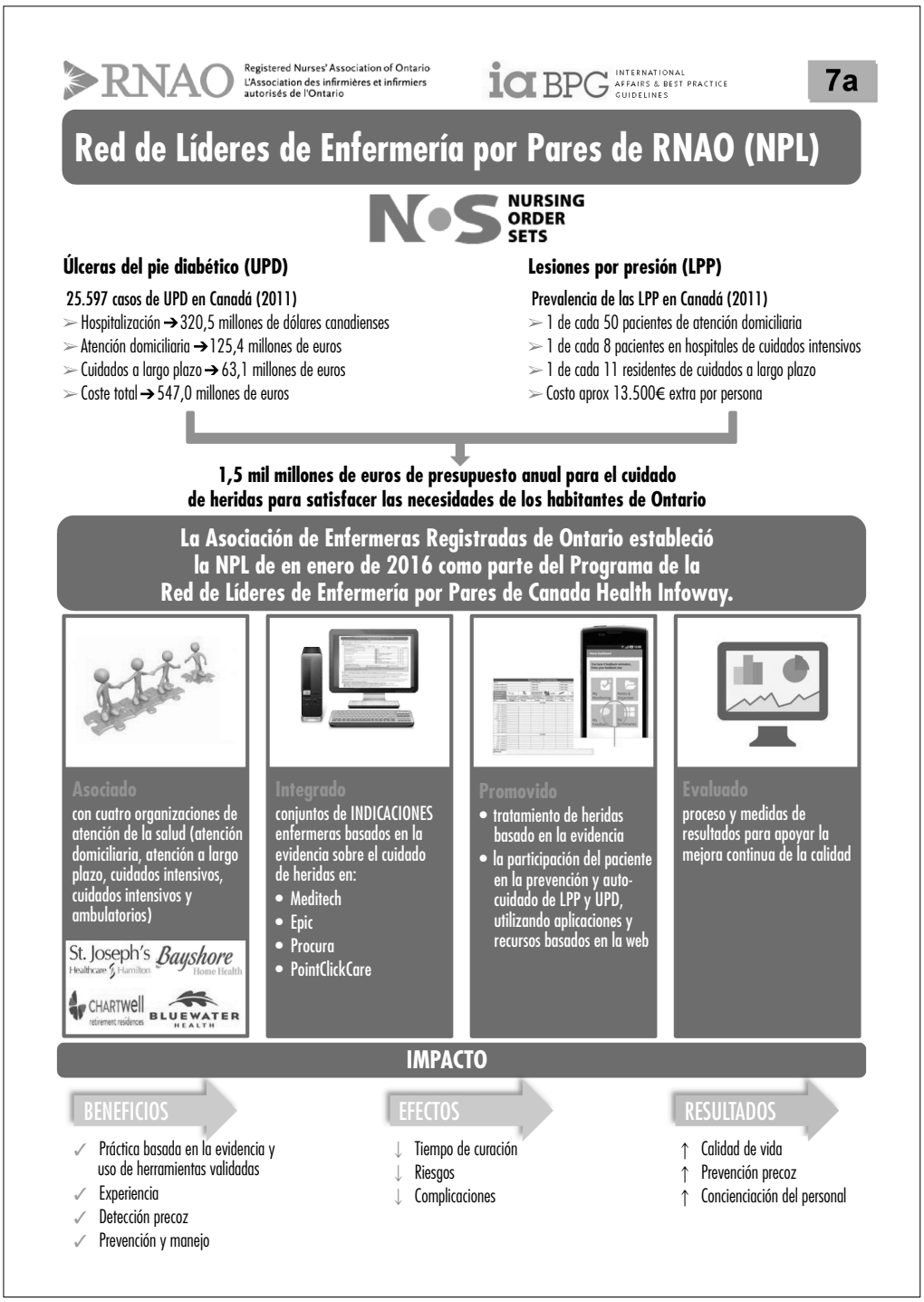


FIGURA 5.6 Infografía sobre el proyecto de la Red de Líderes de Enfermería por Pares de RNAO.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

ESTUDIOS DE CASO DE CONJUNTOS DE INDICACIONES DE ENFERMERÍA

Los siguientes estudios de caso proporcionan ejemplos de tres organizaciones de atención en salud que formaron parte del proyecto de la Red de Líderes de Enfermería por Pares de RNAO. Cada caso destaca un enfoque diferente que las organizaciones tomaron para dar vida al proyecto en su contexto. El Caso 1, un entorno de atención domiciliaria utilizó el conjunto de indicaciones de enfermería basadas en la evidencia para diseñar una aplicación para promover el autocuidado de las úlceras del pie en pacientes con diabetes. El Caso 2 presenta un entorno de cuidados intensivos en el que la práctica basada en la evidencia se ve facilitada por la integración del conjunto de indicaciones de enfermería para tres Guías en Meditech, su sistema electrónico de información sanitaria. En el Caso 3, un centro de cuidados a largo plazo utilizó un innovador diseño de indicaciones de enfermería que permitió a los proveedores de la salud ver las evaluaciones e intervenciones en conjunto como un plan de cuidados unificado, lo que mejoró el proceso de Enfermería.

E S T U D I O D E C A S O

CONJUNTOS DE INDICACIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

En 2015, RNAO otorgó a una agencia canadiense de atención domiciliaria la designación de BPSO después de cumplir con los rigurosos requisitos del programa de candidatura de tres años. Hasta la fecha, la agencia ha implantado siete guías en toda su organización. Cuatro de estas guías se implantaron con el apoyo de los conjuntos de indicaciones enfermeras integrados en Procura, su sistema de documentación electrónica. Al integrar los conjuntos de INDICACIONES enfermeras codificados por la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería de RNAO en Procura, el personal sanitario de atención directa utiliza las declaraciones de intervención basadas en la evidencia para generar planes de atención y conformar su práctica. Además, los conjuntos de indicaciones enfermeras proporcionan una mayor capacidad de recopilar y monitorizar los datos de los principales indicadores de proceso y de resultados para apoyar la mejora continua de la calidad (RNAO, 2017b).

Recientemente, la agencia de atención sanitaria en el hogar utilizó un enfoque innovador para implantar el conjunto de indicaciones enfermeras *Estrategias para apoyar la autogestión en enfermedades crónicas: colaboración con los pacientes* (RNAO, 2016b). Diseñaron, desarrollaron e implantaron una aplicación de autogestión y un portal de asesores para la autogestión de la salud basado en el contenido del conjunto de indicaciones enfermeras. Su objetivo era utilizar la tecnología como un elemento facilitador de la gestión de heridas basada en la evidencia para los pacientes con úlceras de pie relacionadas con la diabetes.

La aplicación se probó en una sucursal de la agencia de atención sanitaria en el hogar durante 5 meses. Antes de la implantación de la aplicación, ningún paciente estaba involucrado en la autosupervisión de las úlceras de pie.

Después del despliegue de este recurso en el centro piloto, hubo una tendencia constante al alza, de 10 pacientes en el primer mes a 18 pacientes que participaban en esta actividad cuando terminó el proyecto. A través del uso de este enfoque innovador, los pacientes tuvieron acceso directo a un asesor de salud que les brindó apoyo de autogestión y supervisó su progreso (RNAO, 2017b).

Los pacientes utilizaron la aplicación de autogestión para (RNAO, 2017b):

- Completar un cuestionario de evaluación de la preparación para la autogestión que incluye una herramienta de reconocimiento de la depresión y preguntas para evaluar sus conocimientos sobre la diabetes y el cuidado de los pies.
- Identificar las metas con su asesor de salud.
- Autosupervisar sus síntomas.
- Acceder a recursos educativos relevantes.
- Añadir y hacer un seguimiento de sus citas.
- Hablar o enviar mensajes directamente a su asesor de salud.

E S T U D I O D E C A S O

CONJUNTOS DE INDICACIONES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Un hospital canadiense de cuidados intensivos que también recibió la designación de BPSO en 2015 ha implantado nueve de las Guías de RNAO para tender un puente entre la investigación y la práctica, asegurando que el conocimiento más actualizado disponible se aplique a la atención proporcionada a los pacientes y a sus familias (RNAO, 2017b). La implantación de tres de estas guías se vio facilitada por la integración de los conjuntos de INDICACIONES enfermeras correspondientes en Meditech, el sistema electrónico de información sanitaria del hospital.

La incorporación de las declaraciones de intervención en el sistema de Meditech facilitó a los profesionales sanitarios el uso de la guía basada en la evidencia de RNAO y los conjuntos de indicaciones para prevenir y manejar las lesiones por presión. Además, los códigos de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) que se incorporaron al motor del sistema permitieron a la organización recopilar datos para los principales indicadores de procesos y resultados a medida que los profesionales sanitarios completaron su documentación electrónica. Esta estrategia de implantación también simplificó el proceso de extracción de datos significativos para evaluar el impacto de la guía en la práctica y de los resultados en salud (RNAO, 2017b).

Los datos obtenidos del sistema para evaluar el proceso y las medidas de resultados revelaron que se evaluaron las heridas de los pacientes con lesiones por presión preexistentes al ingreso en el 100% de las veces. También hubo pruebas de que el promedio mensual de pacientes con lesiones por presión que recibieron tratamiento para la reducción de la presión pasó de 83% a 100% en un periodo de 8 meses. La tasa media de curación de lesiones por presión osciló entre el 25% y el 100% mensual. Estos resultados proporcionan datos claros acerca de qué intervenciones son eficaces y deben ser reforzadas y cuáles deben ser revisadas, corregidas o mejoradas.

E S T U D I O D E C A S O

CONJUNTOS DE INDICACIONES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO

Una gran organización canadiense con fines de lucro implantó en dos de sus residencias de cuidados a largo plazo en Ontario (RNAO, 2017b). Los conjuntos de indicaciones se incluyeron en PointClickCare, el sistema de información de salud electrónico de la organización. La organización no es un BPSO.

Los conjuntos de indicaciones enfermeras se incorporaron a la metodología de planificación de la atención como evaluaciones definidas por el usuario. Este diseño permitió al personal de atención directa ver los conjuntos de indicaciones completos como entidades distintas dentro del sistema. Este diseño era notablemente diferente comparado con otras aplicaciones de software donde los componentes de los conjuntos de indicaciones se construyen típicamente como entidades separadas en el sistema, por ejemplo, las evaluaciones se construyen por separado de las intervenciones relacionadas. Por lo tanto, los profesionales sanitarios rara vez son conscientes de que estos componentes forman parte de un conjunto de indicaciones enfermeras. En contraste, al construir los conjuntos de indicaciones enfermeras como evaluaciones definidas por el usuario, los proveedores de atención médica pudieron ver las evaluaciones e intervenciones juntas en un solo documento. Este diseño también permitió a la organización utilizar un enfoque innovador para incorporar los códigos de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería en el sistema de la interfaz, lo que aumentó el conocimiento que el personal tiene de esta terminología estandarizada y proporcionó el valor añadido de utilizar los códigos para extraer datos para la monitorización, la evaluación y la mejora continua de la calidad (RNAO, 2017b).

Los proveedores de atención médica enseguida adoptaron los conjuntos de indicaciones enfermeras, a los que denominaron de una manera afectuosa “mi nuevo mejor amigo”. Al completar y marcar las intervenciones en los conjuntos de indicaciones enfermeras, los profesionales sanitarios se aseguraron de que los residentes estaban recibiendo cuidados basados en la evidencia.

Los conjuntos de indicaciones de enfermería de RNAO basados en la evidencia están acelerando la transferencia de conocimientos entre sectores, como se puede ver a través de las experiencias de estas tres organizaciones, que representan tres sectores diferentes. Cada una de estas organizaciones demostró que la implantación de las guías facilitadas por la tecnología, utilizando los conjuntos de indicaciones de enfermería como recursos de apoyo a la toma de decisiones clínicas, refuerza y sostiene la práctica basada en la evidencia. El uso innovador de la aplicación web del conjunto de indicaciones de enfermería de Enfermería en una organización también resaltó el potencial de la autogestión de los pacientes con tecnología basada en la mejor evidencia. Por último, los conjuntos de indicaciones de enfermería codificados por la CIPE establecen una recopilación y recuperación de datos facilitada por la tecnología para el seguimiento y la evaluación de la calidad.

GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE ESALUD: ADOPTAR SOLUCIONES DE ESALUD

Aunque muchos de los recursos de salud aquí descritos han sido desarrollados con la ayuda de enfermeras y médicos y la retroalimentación de los usuarios, este no siempre es el caso. Cuando se presta más atención a "hacerlo" que a "hacerlo bien" en relación con la eSalud, el sistema experimenta pérdidas de tiempo, dinero y oportunidades para una asistencia sanitaria de alta calidad. La siguiente sección destaca el desarrollo por parte de RNAO de las Guías de Sistemas y entornos laborales saludables para reforzar la importancia de la participación de enfermeras y otros profesionales de la salud en la adopción de la eSalud en la atención sanitaria.

La Guía de Buenas Prácticas de eSalud, *Adopción de soluciones de eSalud: Estrategias de implantación*, fue incubada a principios de 2016, durante las conversaciones entre RNAO y Canada Health Infoway (RNAO, 2017a). Se tomó la decisión de asociarse y producir una Guía para ayudar a las enfermeras ejecutivas y a otros actores clave de la salud, incluidos los médicos, a liderar y apoyar de manera efectiva la implantación y adopción de soluciones digitales de salud en todo Canadá. El jefe ejecutivo de Enfermería de Infoway copresidió el panel de desarrollo de la Guía junto con una enfermera experta en informática y líder administrativa en un gran entorno urbano de cuidados intensivos.

REFLEXIÓN

En su lugar de trabajo, ¿cómo se utiliza la tecnología para apoyar la práctica basada en la evidencia? Considere cuán involucrado en eSalud está o podría estar en su rol enfermero.

La guía basada en la evidencia publicada por RNAO en febrero de 2017 fue diseñada específicamente para mejorar la capacidad de eSalud de (RNAO, 2017a):

- Líderes de la salud, enfermeras y otros profesionales de la salud en la práctica, la formación, la administración y la informática para optimizar su participación en la adquisición, el diseño, la implantación, la adopción y la optimización de una solución de eSalud.
- Ejecutivos de la salud y líderes clínicos y no clínicos, educadores y administradores a nivel de la organización y del sistema para identificar y abordar eficazmente las necesidades del personal de la salud en formación de eSalud.
- Agencias gubernamentales, administradores y formuladores de políticas para identificar e implantar políticas relevantes basadas en la evidencia que apoyen la transformación del sistema de salud y el intercambio de información sanitaria a nivel nacional, abordando las barreras conocidas para la adopción de la eSalud a nivel nacional y jurisdiccional.

> *"Creemos que esta guía es un recurso clave para los directivos de la salud, enfermeras de primera línea y otros proveedores de atención sanitaria, y nos ayuda a lograr la visión de Infoway de los canadienses más sanos a través de soluciones innovadoras de salud digital".*
>
> –Michael Green
> Presidente y CEO
> Canada Health Infoway

La guía fue desarrollada por un panel internacional e interprofesional de expertos utilizando el riguroso y sistemático proceso de desarrollo de guías de RNAO. Entre los miembros del panel se encontraban asociaciones de pacientes, ejecutivos de atención de la salud, enfermeras y otros profesionales de la salud de diversos ámbitos (incluidos la informática, la práctica, la educación, la investigación y las políticas) (RNAO, 2017a).

Todos los miembros del panel, con la excepción de las asociaciones de pacientes, tenían una experiencia considerable en implantaciones de eSalud. Además, varios de ellos habían participado activamente en implantaciones que dieron como resultado que sus organizaciones alcanzaran la etapa 6 o superior en el Modelo de adopción de registros médicos electrónicos (EMRAM, por sus siglas en inglés) de la Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS). EMRAM proporciona una escala de ocho puntos (0-7) para medir hasta qué punto una organización de salud utiliza la tecnología para apoyar la prestación de la atención (HIMSS Analytics, 2017). Cuanto más alta sea la puntuación en EMRAM, más cerca estará la organización de conseguir un entorno sin papel.

Los pacientes que pertenecen a asociaciones de pacientes fueron elegidos por sus experiencias personales con el sistema de salud y el impacto de recibir atención en entornos sin acceso a información sanitaria electrónica. Todos ellos apoyaron el uso de la tecnología como un facilitador para aumentar el conocimiento y la capacidad en la toma de decisiones de los profesionales de la salud.

El proceso de desarrollo de las guías incluyó una revisión sistemática de la literatura revisada por pares y una revisión específica de la literatura gris para identificar la mejor evidencia disponible para responder a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Qué factores individuales e institucionales contribuyen a la calidad de los sistemas electrónicos de información sanitaria y a su adopción con éxito?
2. ¿Qué educación y formación necesitan las personas e instituciones para dirigir y apoyar la implantación y adopción de sistemas electrónicos de información de salud de alta calidad?
3. ¿Qué factores a nivel de sistema contribuyen a la prestación de servicios de salud de alta calidad, facilitados por la tecnología, y a la buena transformación de los sistemas sanitarios?

Se incluyeron artículos y recursos relevantes publicados en inglés desde enero de 2006 hasta marzo de 2016. Un total de 178 artículos revisados por pares y 56 recursos de literatura gris se consideraron relevantes. Las recomendaciones del proyecto de guías se formularon utilizando la evidencia obtenida de la revisión de la bibliografía. Se empleó una técnica de Delphi modificada para obtener el consenso del panel (es decir, no se ocultó la identidad de los miembros del panel, pero sus respuestas individuales a los proyectos de recomendación fueron aceptadas por los demás miembros del grupo).

El panel de expertos identificó 26 recomendaciones basadas en la evidencia que abordan las barreras conocidas a nivel micro, meso y macro para la buena implantación de soluciones de eSalud. En la Guía, estas recomendaciones se clasifican como individuos y organizaciones, formación y sistemas y políticas.

RECOMENDACIONES CLAVE PARA INDIVIDUOS Y ORGANIZACIONES

Hay quince (15) recomendaciones para individuos y organizaciones que se centran en factores a nivel micro y meso que contribuyen a la implantación, adopción y utilización óptima de soluciones de eSalud de alta calidad para lograr el rendimiento previsto de la inversión. Estos se resumen en las siguientes cinco declaraciones (RNAO, 2017a):

- Obtener patrocinio ejecutivo visible en todas las fases de la implantación del Sistema de Información Hospitalaria (HIS, por sus siglas en inglés).
- Crear un rol de jefe de Enfermería especialista en información como un elemento crítico para avanzar en la adopción clínica en las organizaciones de salud.
- Utilizar metodologías formales de cambio y gestión de proyectos para involucrar plenamente a los grupos de partes interesadas pertinentes en todas las fases de la implantación, a fin de lograr una implantación y adopción óptimas.
- Incorporar procesos de usabilidad para mejorar la eficiencia individual y organizacional, la eficacia y la satisfacción de los usuarios.
- Desarrollar un plan operativo continuo posterior a la implantación que incluya estructuras y procesos de gobernanza de datos que apoyen la sostenibilidad.

RECOMENDACIONES CLAVE EN MATERIA DE FORMACIÓN

Hay cuatro recomendaciones formativas que se centran en la infraestructura educativa de eSalud necesaria para facilitar la adquisición de competencias informáticas por parte de los ejecutivos y profesionales de la salud. Incluyen (RNAO, 2017a):

- Las organizaciones de salud y las instituciones académicas desarrollarán una infraestructura de educación y formación que ofrezca oportunidades para que los grupos interesados clave desarrollen competencias informáticas específicas para cada función.
- Las organizaciones de la salud facilitarán la integración de las competencias informáticas específicas dentro de las funciones de liderazgo de la práctica ejecutiva y profesional, utilizando un modelo de responsabilidad compartida.
- Las enfermeras y otros profesionales de la salud asumirán la responsabilidad de estar al día en cuanto a las competencias específicas de cada función en materia de eSalud.
- Las organizaciones de atención de la salud facilitarán el acceso a la información sobre la salud, empoderando a las personas para que asuman una mayor responsabilidad en la autogestión de su salud y entablen un diálogo informado con su personal de salud.

RECOMENDACIONES CLAVE PARA EL SISTEMA Y POLÍTICAS

Hay siete recomendaciones para el sistema y las políticas que abordan la estructura, el proceso y los requisitos de las políticas a nivel macro para alcanzar los objetivos a largo plazo del intercambio electrónico de información sanitaria y la transformación de los sistemas sanitarios en todo el país. Entre ellos se incluye el hecho de que los organismos nacionales y jurisdiccionales responsables de eSalud trabajan con las principales partes interesadas pertinentes y (RNAO, 2017a):

- Desarrollan una estrategia integral para lograr la interoperabilidad a nivel nacional.
- Colaboran para establecer una estructura de gobierno eficaz que proporcione un liderazgo sólido y coordinado y que trabaje en conjunto con los organismos reguladores y las asociaciones profesionales para lograr sus objetivos de eSalud.
- Ofrecen incentivos para fomentar el desarrollo de soluciones innovadoras de eSalud de nueva generación.
- Desarrollan estrategias para mitigar las continuas barreras financieras derivados de los costes iniciales para que las organizaciones de salud adopten soluciones de eSalud.
- Desarrollan e implementan estratégicamente políticas de educación y formación para desarrollar la capacidad de la eSalud de los trabajadores.
- Colaboran con los organismos reguladores y las asociaciones profesionales para acelerar la adopción de soluciones de eSalud.
- Garantizan la existencia de la infraestructura de telecomunicaciones necesaria en las comunidades remotas para apoyar la implantación de soluciones de eSalud.



REFLEXIÓN

¿Cómo podría utilizarse la guía de eSalud en su lugar de trabajo para mejorar la adopción de eSalud?

La guía proporciona indicadores de estructura, proceso y resultados para seguir y evaluar el impacto y la efectividad de su implantación, así como enlaces a una variedad de herramientas relacionadas. En la Tabla 5.3 aparece una muestra de esos indicadores para las recomendaciones seleccionadas.

TABLA 5.3 INDICADORES DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADOS PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GUÍA DE ESALUD

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO	HERRAMIENTAS
RECOMENDACIONES 1.1-1.2			
■ El liderazgo ejecutivo estableció una estructura de gestión formalizada con funciones, responsabilidades y patrocinio para guiar y apoyar todas las fases de la implantación de la solución de eSalud.	■ Estructura de gestión establecida con representación diversa (por ejemplo, interprofesional y multifuncional) y funciones y responsabilidades claramente delineados.	■ La estructura de gestión apoya la buena implantación de la solución eSalud.	■ Ejemplos de estructuras de gestión (ver páginas 31-32 y Apéndice E).
RECOMENDACIONES 1.3			
■ La organización implantó políticas y procedimientos para apoyar una preparación organizacional integral en la fase de planificación inicial.	■ La organización completó una evaluación de la preparación que incluyó dimensiones individuales, organizativas y técnicas. ■ La organización abordó todas las deficiencias identificadas.	■ La organización ha demostrado su preparación individual, organizativa y técnica.	■ Herramienta estandarizada de evaluación de la preparación de la organización (ver página 34 y Apéndice F).

CONCLUSIÓN

La atención sanitaria ha escalado un nuevo paradigma desde la introducción de eSalud. A nivel mundial, eSalud está reconocido por su potencial y eficacia para el sistema. Sin embargo, para que el sistema consiga este ideal y cree una atención centrada en la persona y basada en la práctica clínica, los profesionales de la salud y los pacientes tienen que comprometerse completamente en el diseño, desarrollo y comprobación de los recursos y herramientas desarrollados.

En este capítulo se ha descrito el trabajo de una asociación profesional que aboga por posibilitar la participación de los profesionales sanitarios y los pacientes en eSalud. También se han descrito los recursos clave desarrollados por RNAO para que el personal sanitario apoye la práctica basada en la evidencia y facilitada por la tecnología. A través del continuo diseño, desarrollo y uso de estos recursos y el compromiso de la continua investigación, aprovecharemos todo el poder de la tecnología para promover la práctica segura, de gran calidad y basada en la evidencia. Finalmente, creando conjuntamente recursos que empoderen a los pacientes y usuarios del sistema de salud con conocimiento y capacidad de autocuidado, nos llevará realmente a un sistema de salud centrado en las personas.

MENSAJES CLAVE

- La aplicación móvil de Guías de RNAO permite a las enfermeras acceder a las recomendaciones prácticas, a la evidencia relacionada y a las herramientas de enseñanza al alcance de sus manos.
- Los conjuntos de indicaciones de enfermería aceleran la transferencia de conocimientos.
- Los códigos de la CIPE simplifican la evaluación de la implantación de las guías al capturar sin problemas datos sobre los procesos clave y la medición de resultados.
- Existen evidencias sólidas que respaldan el valor añadido de utilizar un enfoque sistemático y participativo para la adopción de eSalud en la atención sanitaria.

REFERENCIAS

American Nurses Association (ANA). (2013). *The nursing process*. Silver Spring, MD: American Nurses Association. Retrieved from http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing/Tools-You-Need/Thenursingprocess.html

Bajnok, I., Burkoski, V., & Doran, D. (2012, October). Enhancing evidence-based nursing practice and quality patient care through information technology [Presentation]. RNAO Conference, *Knowledge, the power of nursing: Celebrating Best Practice Guidelines and clinical leadership*. Conference conducted in Toronto, ON.

Canadian Association of Schools of Nursing. (2012). *Nursing informatics entry-to-practice competencies for registered nurses*. Ottawa, ON: Canadian Association of Schools of Nursing. Retrieved from http://www.casn.ca/2014/12/nursing-informatics-entry-practice-competencies-registered-nurses-2/

Coenen, A., & Kim, T.Y. (2010). Development of terminology subsets using ICNP. *International Journal of Medical Informatics*, *79*(7), 530–538.

Doran, D., Haynes, B. R., Estabrooks, C. A., Kushniruk, A., Dubrowski, A., Bajnok, I., . . . Bai, Y. Q. C. (2012). The role of organizational context and individual nurse characteristics in explaining variation in use of information technologies in evidence based practice. *Implementation Science*, 7(1), 122. Retrieved from https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-122

Doran, D., Paterson, J., Clark, C., Srivastava, R., Goering, P. N., Kushniruk, A. W., . . . Jedras, D. (2010). Supporting evidence-based practice for nurses through information technologies. *Worldviews on Evidence-Based Nursing 2010*, 7(1), 4–15. Retrieved from https://inf-fusion.ca/~/media/nurseone/page-content/pdf-en/supporting_evidence-based_practice_for_nurses_through_information_technologies.pdf

Drake, J., Redfern, W., Sherburne, E., Nugent, M., & Simpson, P. (2012). Pediatric skin care: What do nurses really know? *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *17*, 329–338.

Health Canada. (2010). *eHealth*. Retrieved from https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/ehealth.html

Healthcare Human Factors. (2009). *Order sets in healthcare: An evidence-based analysis*. Retrieved from https://www.colleaga.org/sites/default/files/attachments/Patient-Order-Sets_Report_OHTAC_UHNHHF_Feb_10_Final.pdf

HIMSS Analytics. (2017). *Electronic medical record adoption model*. Retrieved from http://www.himssanalytics.org/emram

Idemoto, L., Williams, B., & Blackmore, C. (2016). Using lean methodology to improve efficiency of electronic order set maintenance in the hospital. *BMJ Quality Improvement Reports*, *5*(1), u211725.w4724. doi:10.1136/bmjquality.u211725.w4724

International Council of Nurses (ICN). (2009). *ICNP version 2*. Geneva, CH: International Council of Nurses.

International Health Terminology Standards Development Organization. (2017). *12.2 Appendix B-Vendor case studies: 12.2.10 Epic*. Retrieved from https://confluence.ihtsdotools.org/display/DOCANLYT/12.2.10+Epic

International Organization for Standardization. ISO 18104:2014. (2014). *Health informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems*. Retrieved from https://www.iso.org/standard/59431.html

International Organization for Standardization. ISO 9241-11.2 (en). (2016). *Ergonomics on human-system interaction—Part 11: Usability: Definitions and concepts.* [ISO online browsing platform]. Retrieved from https:// www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9241:-11:dis:ed-2:v2:en:sec:A.7

Kim, T. Y., Hardiker, N., & Coenen, A. (2014). Inter-terminology mapping of nursing problems. *Journal of Biomedical Informatics*, *49*, 213–220.

Kruse, G. R., & Rigotti, N. A. (2014). Routine screening of hospital patients for secondhand tobacco smoke exposure: A feasibility study. *Preventive Medicine*, *69*, 141–145.

Kumar, S. (2012). Using technology to close the evidence-practice gap: A south Australian experience. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, *10*(4), Article 3. Retrieved from http://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol10/iss4/3/

National Library of Medicine (NLM). (2016). *Supporting interoperability: Terminology, subsets and other resources.* Retrieved from https://www.nlm.nih.gov/hit_interoperability.html

Punch, D. (2017). Bold strategies: Put the work in during the early stages. *Registered Nurse Journal*, *29*(3), 26–29.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006). *Nursing's involvement in Ontario's eHealth strategy: Project report prepared for the Ministry of eHealth and Long Term Care*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007). *Reducing foot complications for people with diabetes.* Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *Nursing's involvement in Ontario's eHealth strategy: Project report prepared for the Ministry of eHealth and Long Term Care*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Nurses educator eHealth resource: Integrating eHealth into the undergraduate nursing curriculum*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013a). *Assessment and management of foot ulcers for people with diabetes* (2nd ed.). Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013b). *Nursing's involvement in Ontario's eHealth strategy: Project report prepared for eHealth Ontario*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Reducing foot complications for people with diabetes* [Nursing order set]. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016a*). RNAO Nursing Best Practice Guidelines* (App). Retrieved from https://itunes.apple.com/us/app/rnao-nursing-best-practice/id386783615?mt=8

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016b). *Strategies to support self-management in chronic conditions: Collaboration with clients nursing order set*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016c). *Stroke assessment across the continuum of care nursing order set.* Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016d). *Working with families to promote safe sleep for infants 0–12 months of age nursing order set.* Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017a). *Adopting eHealth Solutions: Implementation strategies.* Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017b). *RNAO nurse peer leader network: Final evaluation report.* Toronto, ON: RNAO.

Slavik Cowen, P., & Moorhead, S. (2014). *Current issues in nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Wieteck, P. (2008). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP-ICNP cross-mapping. *International Nursing Review, 55*, 296–304.

Wilson, R. (2013, July). Nursing order sets standardize care across sectors, geographical areas. *Hospital News*. Retrieved from: http://www.hospitalnews.com/nursing-order-sets-standardize-care-across-sectors-geographical-areas/

Wilson, R., Bajnok, I., & Costa, T. (2015). Promoting evidence-based care through nursing order sets. *MedUNAB*, *17*(3), 176–181.

World Health Organization (WHO) and International Telecommunication Union (ITU). (2012). *National eHealth strategy toolkit: Overview.* Geneva, CH: WHO & ITU. Retrieved from http://www.who.int/ehealth/publications/overview.pdf?ua=1

Yildirim, B., & Özkahraman, S. (2011). Critical thinking in nursing process and education. *International Journal of Humanities and Social Science*, *1*(13), 257–262.

CAPÍTULO

6

BPSO—CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS: LA CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN EN SU MÁXIMA EXPRESIÓN

Irmajean Bajnok, PhD, MScN, BScN, RN
Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD(hon), Dr(hc), O.ONT
Heather McConnell, MA(Ed), BScN, RN
Barb Davies, PhD, RN, FCAHS

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Describir la designación de los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO) como una estrategia global de transferencia de conocimiento a nivel meso y macro.
- Identificar los requisitos clave de la designación de BPSO y cómo son informados por la ciencia de la implantación.
- Entender cómo el marco de Conocimiento para la acción guía el trabajo de los BPSO y las consultas y enfoques de apoyo de RNAO.
- Analizar la importancia de utilizar un enfoque de gestión del cambio en las actividades de implantación de las Guías y cómo se aborda en la designación de centros BPSO.
- Describir cómo los tipos y modelos de BPSO contribuyen a la adopción generalizada de las Guías de Buenas Prácticas (Guías) y a su uso sostenido.
- Determinar los factores que contribuyen al éxito de los BPSO en la implantación y el mantenimiento de las Guías.
- Obtener una apreciación de la Identidad Colectiva y de cómo se cultiva entre los BPSO a nivel mundial.

INTRODUCCIÓN

En 2003, RNAO puso en marcha una estrategia de transferencia de conocimientos organizativos de gran éxito: la designación de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO). A través de esta estrategia, las instituciones académicas y de servicios se asocian formalmente con RNAO para implantar sistemáticamente las Guías de Buenas Prácticas Clínicas de RNAO, complementadas con las Guías de sistemas y entornos laborales saludables; sostener y difundir el uso de las Guías; y crear una cultura de práctica basada en la evidencia (Bajnok, Grinspun, Lloyd, & McConnell, 2015). Los BPSO académicos integran las guías de RNAO basadas en la evidencia a lo largo de todo el plan de estudios. En los años siguientes, la designación de BPSO:

- Se ha otorgado a organizaciones de servicios de salud de todos los sectores y en instituciones académicas.
- Ha involucrado a enfermeras, profesores, estudiantes y otros profesionales de la salud involucrados (incluyendo médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas, dietistas y personal no regulado).
- Se ha expandido en 12 países de todo el mundo.
- Ha sido el impulso para la implantación de las 41 Guías de Buenas Prácticas Clínicas y 12 Guías de Sistemas y Entornos Laborales Saludables de RNAO.
- Ha resultado en cambios en la práctica y en el entorno laboral en todo el mundo.
- Ha mejorado tanto los resultados clínicos y de salud como la calidad de vida para los pacientes.
- Ha mejorado el rendimiento organizativo.
- Ha contribuido al ahorro de costes sanitarios.

Este capítulo analiza aspectos clave de la designación de BPSO, incluyendo su visión inicial de hace casi 15 años (Di Costanzo, 2013; Grinspun, 2011), sus objetivos clave, los requisitos actuales y el lugar que ocupa hoy en día en la comunidad sanitaria mundial. El capítulo concluye con una mirada al futuro en relación con el mantenimiento de los BPSO y los BPSO Host designados y el mantenimiento de la calidad.

¿POR QUÉ CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (BPSO)?

En 2002, tras la preparación de numerosos impulsores de las Guías (Grinspun, Virani y Bajnok, 2002), para ayudar a implantar las primeras Guías de RNAO publicadas, quedó claro que los impulsores, aunque son necesarios para evidenciar el uso, no eran suficientes para crear una cultura organizacional sostenida de la práctica basada en la evidencia. Tampoco podían, por sí solos, hacer que las nuevas prácticas y el uso de los nuevos conocimientos se "fijaran" dentro de su área de práctica y en toda la organización. Era obvio que un cambio duradero en la práctica requería un equipo y una consideración a múltiples niveles dentro de una organización. Además, se requirió un esfuerzo conjunto, compromiso organizacional, liderazgo y conocimiento sobre la mejor evidencia clínica y la mejor evidencia en la ciencia de la implantación (Grinspun, 2011; Grinspun, Melnyk, & Fineout-Overholt, 2014; Higuchi, Davies & Ploeg, 2017; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; Melnyk et al., 2016; Ploeg, Davies, Edwards, Gifford, & Miller, 2007).

La visión de RNAO era fomentar organizaciones basadas en la evidencia para que las Guías pudieran ser fácilmente implementadas utilizando a los impulsores y a otros miembros del equipo con el objetivo de lograr mejores resultados para los pacientes, los proveedores de atención sanitaria, las organizaciones y los

sistemas salud. El riguroso proceso de desarrollo de la Guías fue fundamental para la visión que RNAO había perfeccionado en los últimos cinco años (Bajnok et al., 2015; Grinspun et al., 2011; Grinspun et al., 2014; Grinspun et al., 2002); la atención temprana que RNAO prestó al traslado de la mejor evidencia a la práctica diaria mediante el desarrollo de la capacidad individual; y la amplia difusión de las guías a través de su amplia red de enfermeras, profesionales de la salud y partes interesadas en el sistema de salud y en las políticas de salud (Grinspun, Lloyd, Xiao y Bajnok, 2015).

A través de la retroalimentación de los impulsores y de las enfermeras de Institutos clínicos especialmente capacitadas, RNAO comenzó a cultivar oportunidades para comprometerse con organizaciones enteras y apoyarlas en actividades clave para implantar las Guías de Buenas Prácticas en todas sus instituciones. Como resultado de estas primeras actividades, la designación de BPSO fue concebida e inaugurada en 2003 (Bajnok et al., 2015; Di Costanzo, 2013; Grinspun, 2011) como una oportunidad para que las organizaciones de salud se asocien formalmente con RNAO para implantar y sostener sistemáticamente las Guías en la práctica y evaluar su impacto. El modelo BPSO es un modelo de práctica que incorpora estructuras, procesos y métodos de evaluación para apoyar el uso sostenido de las Guías de Buenas Prácticas y proporcionar mejores resultados para los pacientes, los proveedores de atención sanitaria y la organización.

REFLEXIÓN

¿Ha intentado alguna vez iniciar en su organización un cambio de práctica basado en una guía de práctica clínica? ¿Cuáles fueron los desafíos? ¿Cómo habría sido más efectivo si toda la organización hubiera estado de acuerdo con lo que usted intentaba lograr?

OBJETIVOS DE LOS CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (BPSO)

Los objetivos específicos de este innovador esfuerzo de adopción de las Guías son los siguientes:

- Establecer asociaciones dinámicas y a largo plazo que se centren en tener un impacto en la atención de los pacientes mediante el apoyo a la práctica de la Enfermería basada en el conocimiento.
- Demostrar estrategias creativas para implantar con éxito las Guías de Buenas Prácticas de Enfermería a nivel individual y organizacional.
- Establecer y aplicar enfoques eficaces para evaluar las actividades de ejecución, utilizando la estructura, el proceso y los indicadores de resultados.
- Identificar estrategias eficaces para la difusión en todo el sistema de la aplicación de las guías y sus resultados.

SELECCIÓN DE LOS CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (BPSO)

A partir de 2003, los primeros BPSO fueron seleccionados a través de un proceso competitivo de solicitud de propuestas. Esto dio como resultado nueve BPSO que representan sectores que incluyen la atención sanitaria domiciliaria, cuidados intensivos y cuidados de rehabilitación en las provincias canadienses de Ontario y Quebec. Estos BPSO pioneros allanaron el camino para la ahora deseada designación de BPSO. Desde el principio RNAO ofreció apoyos muy específicos y se esperaban unos resultados claros de los BPSO.

Hoy, como en años anteriores, a través del proceso formal de solicitud, los solicitantes deben demostrar su compromiso de participar en la designación de BPSO en todos los niveles de la organización, sus objetivos a corto y largo plazo como BPSO, así como las experiencias y características que garantizarán su éxito. Las organizaciones también identifican qué Guías han seleccionado para implantar y cómo fueron elegidas. A

lo largo de los años siguientes, el proceso se ha vuelto más refinado y riguroso; sin embargo, los elementos clave del compromiso y la intención de la organización de mantener esta labor han sido coherentes, al igual que la prestación de apoyo de formación y asesoramiento por parte de RNAO y la atención prestada a los principios de la transferencia de conocimientos (KT, por sus siglas en inglés).

Debido al gran interés en la designación de BPSO en Canadá y en todo el mundo, se han diseñado una serie de recursos de información para los BPSO potenciales, tales como seminarios en línea, sesiones de preguntas y respuestas, presentaciones presenciales, el sitio web de los BPSO y el folleto "Pasos para convertirse en una BPSO" (ver el Apéndice A para ver una copia del folleto). Informan y apoyan el proceso de solicitud de organizaciones que ven el alto valor de la designación de BPSO, tal y como lo expresa en la cita de abajo una jefa ejecutiva de Enfermería de un gran hospital.

> *"Si desea impulsar la práctica profesional de la Enfermería y lograr una atención altamente fiable y segura en su organización, conviértase en un BPSO".*
>
> –Vanessa Burkoski, RN, BScN, MScN, DHA
> Jefa Ejecutiva de Enfermería del Hospital Humber River

En su evaluación, Ploeg et al. (2007) encontraron que los factores a nivel individual, organizacional y de entornos (sistemas) influyeron en la implantación de la Guías, muchos de los cuales son fundamentales para la designación de BPSO. Estos incluyen apoyo al liderazgo, impulsores, trabajo en equipo y colaboración, apoyo a asociaciones profesionales, y colaboración y redes interorganizacionales.

LA DESIGNACIÓN DE BPSO

Quince años después, la designación de BPSO está reconocida en todo el mundo y es vista como una innovación premiada (Health Council of Canadá, 2012; Kirschling & Erikson, 2010; WHO, 2015) que está cerrando la brecha entre el conocimiento que tenemos y cómo lo utilizamos en nuestra práctica (Melnyk, 2017).

Como centros BPSO, las organizaciones acuerdan participar en una experiencia de prueba de 3 años que se formaliza como una asociación y se delinea en un acuerdo de BPSO firmado entre la organización y RNAO (RNAO, 2017a). Los elementos del acuerdo incluyen lo que el centro (BPSO) se compromete a hacer y el apoyo que proporcionará RNAO. El mandato mutuo es que la organización desarrolle una infraestructura de apoyo y sostenible; cree capacidad; implemente múltiples Guías; difunda los procesos y resultados de las actividades de su BPSO; y evalúe los impactos sobre la práctica, los pacientes y la organización en su conjunto. Estas son estrategias organizacionales recomendadas basadas en la ciencia de la implantación que contribuyen a crear entornos para que la práctica basada en la evidencia florezca y los resultados de salud mejoren (Grinspun et al., 2014; Melnyk, 2014).

Después del periodo de prueba de 3 años, en espera de que se cumplan todos los resultados requeridos, la organización se convierte en un BPSO designado. Esta mención reconoce los logros de la organización en la implantación y evaluación sistemática de prácticas basadas en la evidencia, a la vez que demuestra una cultura basada en la evidencia. Como BPSO designado, el compromiso es continuo, ya que los BPSO se centran en mantener los cambios en las prácticas que implantaron, en difundir su trabajo y en implantar nuevas Guías. También continúan aportando datos a NQuIRE®, el sólido sistema internacional de datos de RNAO

para medir el impacto de las Guías en pacientes y proveedores de atención sanitaria (Grinspun et al., 2015), y myBPSO, el sistema electrónico de información de RNAO para los BPSO. Además, los BPSO designados se convierten en mentores de las nuevas organizaciones de BPSO, a nivel local, nacional e internacional, un recurso muy necesario para aquellas organizaciones que empiezan a implantar las buenas prácticas (Bajnok et al., 2015; Melnyk, 2014). La designación de BPSO se renueva cada 2 años en función del cumplimiento de los requisitos.

EL MODELO DE BPSO HOST

La designación de BPSO de RNAO ha experimentado una rápida expansión a nivel mundial, lo que precipitó a RNAO a rediseñar la designación de BPSO en 2012 para incluir oportunidades para un amplio apoyo global y difundirla a través del modelo BPSO Host, un tipo de BPSO satélite (Albornos-Muñoz, González-María, & Moreno-Casbas, 2015; Bajnok et al., 2015; Grinspun, 2011). Los BPSO Host apoyan a las organizaciones de su jurisdicción para que se conviertan en BPSO y trabajen directamente con ellas. Los centros BPSO Directos se centran en la práctica basada en la evidencia en sus propias instituciones, reciben apoyo de un BPSO Host e informan a este.

Los BPSO Host que actualmente están establecidos representan a agencias gubernamentales, conglomerados académicos, organismos reguladores y sindicatos. Los requisitos para tener éxito como BPSO Host son los siguientes:

- Demostrar la capacidad para involucrar a las organizaciones en su jurisdicción para que se conviertan en BPSO Directos con ellos.
- Solicitar y revisar las solicitudes a través de un proceso de solicitud de propuestas.
- Formalizar las relaciones con las organizaciones seleccionadas a través de un acuerdo de BPSO.
- Proporcionar apoyo a los BPSO Directos para conseguir resultados.
- Monitorear los resultados obtenidos.
- Informar a RNAO a través de myBPSO, como BPSO Host y en nombre de todas sus organizaciones de BPSO Directos.
- Medir e informar sobre los resultados.

Los BPSO Host celebran un acuerdo de BPSO Host con RNAO (RNAO, 2017b), por el que se comprometen a utilizar las metodologías y materiales de RNAO y los enfoques de RNAO para la capacitación, el monitoreo y la evaluación.

Los BPSO Host se reúnen regularmente con RNAO para compartir los éxitos y desafíos, así como para obtener respaldo para sus actividades como Host. Hasta la fecha, España a través de la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investén-isciii) Instituto de Salud Carlos III, Australia (a través de la Federación Australiana de Enfermería y Partería [ANMF]-Sucursal S.A.]) e Italia (a través del Colegio IPASVI Milano-Lodi-Monza e Brianza), entre otros, han participado en la designación de BPSO a través del modelo BPSO Host. Estos BPSO Hosts, con el apoyo de RNAO, lideran la designación de BPSO en sus jurisdicciones y han iniciado y mantenido con éxito esta innovadora y altamente efectiva estrategia organizacional de la Transferencia de Conocimientos (KT por sus siglas en inglés). A continuación, se muestra una cita del patrocinador del BPSO Host y del líder del BPSO Host en Italia que refuerza el orgullo de ser un BPSO Host y el impacto de su trabajo con resultados evidentes en sus BPSO Directos.

"Como el primer BPSO Host en Italia, estamos muy orgullosos de trabajar en asociación con RNAO para llevar a Italia las Guías a través del modelo BPSO para mejorar la atención y la formación en Enfermería. Estamos muy contentos de comenzar como Host con dos BPSO: un BPSO de servicio y un BPSO académico - que son organizaciones asociadas. Ya hemos experimentado grandes beneficios en la práctica de la Enfermería, en nuestras relaciones con los médicos y en la moral de la Enfermería. En la universidad se está fortaleciendo el currículo específicamente en las áreas de implantación de las Guías".



–Giovanni Muttillo, RN, MsN
Presidente del Colegio IPASVI Milano-Lodi Monza-Brianza
Director de Profesiones de la Salud en la Agencia Local de Salud de Teramo
Director Científico de BPSO Host, Italia

–Loris Bonetti, PhD, RN, MsN Consejero del Colegio IPASVI Milano-Lodi Monza-Brianza
Experto en investigación de Enfermería clínica en el Instituto de Oncología de Suiza del Sur, IOSI, Bellinzona (Ch) Enfermera Jefe del BPSO Host, Italia

Actualmente se están desarrollando nuevos BPSO Host en Chile, Nueva Escocia (Canadá) y Perú. En la tabla 6.1 se resumen los diversos tipos y modelos de BPSO dentro de la designación de BPSO.

TABLA 6.1 TIPOS Y MODELOS DE DESIGNACIÓN BPSO

TIPOS DE BPSO	DESCRIPCIÓN
De servicios	Centrarse en la práctica basada en la evidencia para tener un impacto en los resultados de los pacientes y de la organización mediante la integración de las Guías en las organizaciones de servicios en el punto de atención. ■ Cualquier sector de la salud (es decir, salud pública, atención primaria, atención hospitalaria, atención domiciliaria, atención a largo plazo).
Académicos	Centrarse en la formación de Enfermería basada en la evidencia para tener un impacto en el aprendizaje de los estudiantes y, en última instancia, los resultados de los pacientes, mediante la integración de las Guías en los planes de estudios académicos.
MODELOS DE BPSO	**DESCRIPCIÓN**
Directos	La organización desarrolla una relación con un BPSO Host y cumple con los requisitos durante un periodo de calificación de 3 años para convertirse en un BPSO designado. En los países donde RNAO tiene un BPSO Host, los BPSO Directos en ese país reciben apoyo de ese BPSO Host e informan a ese BPSO Host. En los países donde RNAO no ha establecido un BPSO Host, los BPSO Directos reciben apoyo de RNAO e informan a RNAO.
Host	La organización desarrolla una relación con RNAO para monitorizar la designación de BPSO en su jurisdicción y apoyar a sus BPSO Directos. Todos los BPSO Host reciben apoyo de RNAO e informan a RNAO.

ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN DE BPSO

Las estrategias de consulta y asesoramiento para la implantación utilizadas por RNAO y los requisitos específicos del acuerdo de BPSO se basan en la ciencia de la implantación (Gallagher-Ford, 2014; Grinspun et al., 2014; RNAO, 2012; Stetler, Richie, Rycroft-Malone, & Charns, 2014; Straus, Tetroe, & Graham, 2013). Las siguientes siete estrategias de implantación están incluidas en los acuerdos formales que las organizaciones firman con RNAO una vez ha sido seleccionadas para ser un BPSO (Bajnok et al., 2015):

1. Utilizar un enfoque sistemático y planificado para la implantación (RNAO, 2012).
2. Incorporar los principios de cambio en el proceso de implantación de las guías (Grol, Wensing, Eccles y Davis, 2013; Haines, 2005; Heath y Heath, 2010; Kotter, 2012).
3. Involucrar a los líderes en todas las funciones, tanto formales como informales (incluyendo a los patrocinadores de BPSO, líderes de BPSO, líderes impulsores, impulsores, líderes de las Guías y miembros del Comité Directivo de BPSO), en todas las etapas de la implantación de GUÍAS (Aarons et al., 2016; Gifford, Davies, Tourangeau y Lefebre, 2011; Higuchi et al., 2017; Stetler et al., 2014; Straus et al., 2013).
4. Alinear la implantación de las Guías con las prioridades de la organización para incluir la visión, la misión y el plan estratégico; las iniciativas de mejora de la calidad y las directivas gubernamentales (Higuchi, Downey, Davies, Bajnok y Waggott, 2013; Melnyk, 2014; Ploeg et al., 2007)
5. Seleccionar enfoques de implantación basados en las evaluaciones de los facilitadores y en las barreras para la asimilación de conocimientos, y del nivel de conocimiento del cambio en la práctica (RNAO, 2012; Straus et al., 2013).
6. Integrar las recomendaciones de la Guías en los procesos, estructuras y funciones de la organización para permitir el sostenimiento dinámico (Chambers, Glasgow y Stange, 2013; Maher, Gustafson y Evans, 2010).
7. Interactuar con una red más amplia de organizaciones que luchan por objetivos similares relacionados con la creación de culturas basadas en la evidencia y la implantación de guías basadas en la evidencia (Melnyk, 2014; Straus et al., 2013).



Piense en las experiencias pasadas que ha tenido al intentar hacer cambios en la práctica basados en las guías de práctica clínica. ¿Cómo podría ayudar en la implantación de las Guías la atención a estos siete elementos?

CONSULTA Y ASESORAMIENTO DE RNAO

Los BPSO Host Coaches, incluyendo los Coaches de RNAO que trabajan con sus BPSO Directos, utilizan la herramienta de RNAO (2012) *Herramienta: Implantación de las Guías de Buenas Prácticas* y el Marco de Conocimientos para la Acción (Straus et al., 2013) para guiar sus sesiones consultivas regulares con los BPSO. Esto ayuda a los BPSO Directos a avanzar en el cumplimiento de los requisitos y resultados del BPSO durante el periodo de 3 años anterior a la designación. Estos resultados son controlados por los BPSO Hosts y por RNAO para sus BPSO Directos.

El proceso de seguimiento se realiza de diversas maneras, tal como lo establecen los BPSO Hosts para reflejar los procesos utilizados por RNAO. Estos incluyen reuniones regulares con los coaches, presentaciones programadas para las redes de intercambio de conocimientos de BPSO requeridas en cada jurisdicción de BPSO Host, e informes escritos semestrales al BPSO Host (o a RNAO en los casos en los que no haya un Host jurisdiccional).

Todos los BPSO presentan sus informes a través de myBPSO, el sistema de presentación de informes en línea puesto en marcha por RNAO en octubre de 2015 para captar los resultados concretos relacionados con la implantación de las guías, el desarrollo de la capacidad, la difusión, la sostenibilidad y la evaluación. El informe se rellena automáticamente con datos introducidos previamente, por lo que los líderes de los BPSO necesitan completar los informes solo con nueva información. La frecuencia de los informes es bianual o, en el caso de los BPSO designados, anual. Los datos de evaluación y otra información contextual relevante de myBPSO son complementos críticos para los datos de los indicadores de NQuIRE. Durante el periodo de predesignación de 3 años, el acuerdo formal de BPSO se renueva anualmente a la espera de las revisiones de actuación. Tras la designación, los acuerdos se renuevan cada dos años, de nuevo en función de la consecución de los resultados esperados. Estos procesos son los mismos para los BPSO de servicio y los BPSO académicos.

UN PROCESO SISTEMÁTICO DE IMPLANTACIÓN

A continuación, se describen los elementos de la Herramienta (RNAO, 2012) que forman parte de las expectativas de la actuación de los BPSO y que se utilizan como indicadores de éxito. Estos se describen detalladamente en el Capítulo 4, *Forjando el camino con la ciencia de la implantación*. La Herramienta (RNAO, 2012), un manual sobre la ciencia de la implantación para la aplicación de las Guías, informa del plan de estudios para el programa de impulsores de Guías de RNAO y del Instituto de guías clínicas de RNAO, los cuales informan al programa de orientación de los BPSO. Los elementos se derivan del Modelo de conocimiento para la acción (Graham et al., 2006; Straus et al., 2013) e incluyen:

- Los líderes de todos los niveles se comprometen a apoyar la facilitación de la implantación de las guías.
- Las guías se seleccionan para su aplicación mediante un proceso sistemático y participativo.
- Las recomendaciones de las guías específicas se adaptan al contexto local.
- Los grupos interesados que se verán afectados por la implantación de las guías se identifican y participan en el proceso de implantación.
- Se evalúa la preparación del entorno para la implantación en lo relativo a sus repercusiones en la adopción de las guías.
- Los elementos facilitadores y los obstáculos para el uso de la guía son evaluados y abordados de manera continua.
- Se seleccionan las intervenciones que tienen en consideración los elementos que obstaculizan y los que facilitan dentro de la organización.
- El uso de las guías se supervisa y se mantiene sistemáticamente.
- Los planes de acción para la sostenibilidad de los cambios en la práctica se desarrollan, revisan y actualizan periódicamente.
- La evaluación de la repercusión del uso de las guías está integrada en el proceso.
- Se dispone de recursos adecuados para completar las actividades relacionadas con todos los aspectos de la implantación de las guías.

REFLEXIÓN

Después de revisar la Herramienta de implantación de RNAO (2012), piense en cómo puede haberla usado en el pasado, o cómo podría usarla en el futuro, para crear un cambio en la práctica.

Estos elementos garantizan un proceso de implantación sistemático y son utilizados por los promotores de BPSO de la administración superior, los líderes de BPSO, los líderes de Guías, los impulsores de Guías y los líderes de Guías.

ASEGURANDO EL ÉXITO DE LOS BPSO

Hay una serie de características definidas como expectativas que hacen de la designación de BPSO una estrategia de transferencia de conocimientos (KT) más efectiva para aportar evidencia para el uso diario sostenido en la práctica. Estas son reconocidas como estrategias "que funcionan" y continúan siendo adoptadas en la literatura (Melnyk, 2014). Han sido perfeccionadas durante los últimos 15 años de la designación de BPSO basada en la investigación de la ciencia de la implantación y el conocimiento experiencial y están incluidos en el Acuerdo de BPSO. Representan los siguientes elementos: desarrollo de una infraestructura, desarrollo de capacidades, implantación, difusión, supervisión y reporte del progreso, evaluación, así como auditoría y retroalimentación. Cada uno se discute a continuación.

INFRAESTRUCTURA

El Acuerdo de BPSO refuerza la importancia de crear una infraestructura. Involucra a personas que desempeñan funciones clave; relaciones de información definidas; vínculos con comités que supervisan y toman decisiones estratégicas sobre la implantación de las Guías y la asignación de recursos, y con estructuras existentes que toman e implantan decisiones operativas para apoyar la implantación de las guías (RNAO, 2017b). Muchos de estos elementos son respaldados por Grol et al. (2013).

La infraestructura del BPSO no debe estar separada del desarrollo en Instituto de la organización y debe estar estrechamente conectada a los grupos que existen y que están centrados en la práctica profesional y en la gestión de la calidad y el riesgo, de modo que el BPSO y el implantación de las guías formen parte de las operaciones principales de la organización. Además, y como se ha indicado anteriormente, se aconseja a las organizaciones que aprovechen su misión, visión, direcciones estratégicas y actividades de mejora de la calidad para alinearse con los objetivos del BPSO (Bajnok et al., 2015). Estas son también las características recomendadas por Melnyk (2014).

Al explorar los roles del liderazgo del sistema y de la organización en la intervención basada en la evidencia, Aarons et al. (2016) demostraron fuertes relaciones entre el liderazgo transformacional y el apoyo visible y el éxito en la intervención basada en la evidencia. Además, los autores señalaron la importancia de la alineación, en apoyo de la práctica basada en la evidencia, entre el liderazgo en los niveles clínico, de mandos intermedios y ejecutivo. Esta importante cuestión es respaldada por muchos que han estudiado los factores de éxito en la implantación de la práctica basada en la evidencia (Aarons et al., 2016; Bajnok et al., 2015; Chambers et al., 2013; Gifford et al., 2011; Higuchi et al., 2017; Melnyk, 2014; Rogers, 2003; Stetler et al., 2014). Los modelos de BPSO Host y Directo crean expectativas claras de fuertes vínculos entre el apoyo y la tutoría del liderazgo a nivel directivo de las enfermeras y, de hecho, a todos los niveles de la organización, con el fin de impulsar el éxito en la iniciación y el mantenimiento de la práctica basada en la evidencia.

Los resultados clave en relación con las expectativas de infraestructura de un BPSO Directo incluyen:

- Formación de un comité directivo integrado por las principales partes interesadas plenamente comprometidas con el trabajo de BPSO, incluidos el patrocinador de BPSO, el líder del BPSO, los líderes Impulsores, los Líderes e Impulsores de Guías y otras partes interesadas que se verán afectadas por su éxito o que pueden influir en él.
- Identificación de un patrocinador del BPSO, que suele ser el jefe de Enfermería o un cargo equivalente, que impulsa la designación de BPSO dentro del equipo directivo y de la organización y apoya al BPSO líder.

- Nombramiento de un líder del BPSO que pueda dedicar al menos la mitad de su tiempo de trabajo a dirigir el BPSO, gestionar los resultados, llevar a cabo actividades relacionadas y ser el enlace de la organización con el proyecto de RNAO (en algunos casos, dependiendo del contexto organizacional, el patrocinador del BPSO también puede actuar como el líder del BPSO).
- Creación de equipos de implantación de las Guías y de líderes de la Guías que dirijan el equipo de implantación, que se conviertan en expertos en el tema y en la Guías y que trabajen con el líder del BPSO para desarrollar y monitorizar las estrategias de implantación desde el cambio de práctica, hasta las revisiones de directrices y correcciones, pasando por actividades formativas para enfermeras de atención directa y otros.
- Desarrollo de los Impulsores en todas las funciones que trabajan directamente con sus pares en actividades de intercambio de conocimientos, de embajadores, de enseñanza, de tutores y de modelos de conducta.
- Establecimiento de procesos clave de presentación de informes y toma de decisiones, según el modelo que describe la infraestructura del BPSO.

Años de trabajo con los BPSO han demostrado que cuando estas estructuras están establecidas, la designación de BPSO es valorada, visible, integrada y alineada con las prioridades de la organización, lograda de manera oportuna y sostenida a largo plazo.

CREACIÓN DE CAPACIDADES

Es fundamental que se imparta formación al personal en todas las funciones para que pueda dirigir y apoyar los cambios en la práctica resultantes de la implantación de las Guías (Melnyk, 2017). El acuerdo de los BPSO Directos de RNAO estipula varios requisitos de creación de capacidad que debe cumplir el personal.

Las actividades de desarrollo de capacidades generalmente comienzan con el Programa de Orientación de BPSO, al cual cada BPSO debe enviar representantes según lo estipulado en el Acuerdo del BPSO, incluyendo a la enfermera jefe como patrocinador del BPSO, al líder del BPSO y a los líderes impulsores. Otras actividades en Instituto para el fomento de la capacidad son las siguientes: desarrollo y mantenimiento de una cohorte de promotores de las buenas prácticas; asistencia al Instituto de Guías Clínicas de RNAO; participación en sesiones mensuales de intercambio virtual de conocimientos para los BPSO clasificados y sesiones trimestrales para los BPSO designados; y asistencia presencial al Simposio anual de intercambio de conocimientos de los BPSO. La consideración para asegurar que los líderes clave de los BPSO tengan una base sólida de conocimientos sobre la práctica basada en la evidencia, una comprensión de las Guías de RNAO y de los BPSO, se basa en la literatura. Los expertos en la ciencia de la implantación han llegado a un fuerte consenso de que la comprensión de la práctica basada en la evidencia (Bajnok et al., 2015; Grinspun et al., 2014; Melnyk, 2017; Melnyk et al., 2014; Stetler et al., 2014) y, en particular de la ciencia, de crear y mantener la práctica (Gallagher-Ford, Buck, & Melnyk, 2014; Grol et al., 2013; Higuchi et al., 2017) es imperativo si se quiere que las Guías sean implantadas por el personal de Enfermería y por otros miembros del personal.

ORIENTACIÓN PARA LOS BPSO

La Orientación para los BPSO es un programa de 2 días dirigido a los BPSO en Ontario, o un programa de 5 días para otros centros fuera de Ontario. Para los centros de Ontario, la sesión de dos días está programada como una presentación, con la participación de la enfermera jefa de Ontario, otros miembros del

gobierno, el director ejecutivo de RNAO y el equipo de Guías de RNAO, incluidos los BPSO Coaches. La agenda incluye detalles del Programa de Guías de RNAO y la designación de BPSO, así como los pasos para iniciarse como BPSO. También proporciona la interacción entre los BPSO y una oportunidad para que cada uno de ellos presente su centro, las Guías seleccionadas y sus planes generales.

Esto ayuda a construir una base para las redes de pares de las que todos los BPSO pasan a formar parte y comienzan a cultivar la identidad colectiva de la nueva cohorte de BPSO como miembros de la comunidad global de BPSO (véase el Capítulo 1 para una introducción y discusión del concepto de *identidad colectiva*). A continuación, el Instituto de Guías (descrito en detalle en el Capítulo 4) sirve de orientación para los BPSO que envían representantes al Instituto de acuerdo con el tamaño de su organización, tal y como se estipula en el Acuerdo de BPSO. Este programa de 5 días ofrece sesiones específicas de conocimiento y aplicación basadas en la ciencia de la implantación para ayudar en la implantación de las Guías y en los resultados relacionados que se esperan de los BPSO.

En el caso de los BPSO internacionales, hay algunas diferencias que surgen debido a la distancia y a los requisitos de viaje y programación de los Coaches internacionales de los BPSO de RNAO, que dirigen las sesiones de orientación en las jurisdicciones internacionales. Los BPSO internacionales deben enviar representantes al Programa de orientación inicial de BPSO, que es una sesión de presentación y formación de 5 días de duración organizada por el centro BPSO. Dado que la orientación es *in situ* y está programada para uno o dos nuevos BPSO a la vez, las organizaciones envían un número sustancial de personal a esta sesión, para generar mucha energía e impartir nuevos conocimientos y habilidades a gran escala que provoquen una puesta en marcha exitosa. En algunos casos, como en el Consorcio de BPSO de América Latina descrito en el Capítulo 15, dos países (Chile y Colombia) se unieron para su Programa de Orientación de BPSO, creando un vínculo fuerte y único que ha caracterizado a esa región desde entonces.

La parte de lanzamiento de esta orientación de los BPSO sirve como una introducción del programa para los principales actores gubernamentales, de Enfermería y otros profesionales de la salud en el país o jurisdicción y presenta a la organización y a sus objetivos al convertirse en un BPSO. Además, se comienza a crear un fuerte sentido de identidad colectiva entre todos los asistentes sobre su perfil como BPSO y su pertenencia a la red global de BPSO. Esta identidad se demuestra, por ejemplo, en la exhibición del logotipo de BPSO en las unidades de Enfermería, en los documentos escritos (incluyendo el membrete de la organización), en los botones de los impulsores y en los uniformes. El logotipo es específico para cada país, y en la Figura 6.1 se muestran los logotipos de China, Colombia y Qatar como ejemplos.



FIGURA 6.1 Logotipos para China, Colombia y Qatar.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

El Programa de Orientación de BPSO y los Institutos de aprendizaje de las Guías se identifican como programas de formación en el modelo de formación de formadores de RNAO en el cual los coaches internacionales de BPSO de RNAO, como formadores expertos, capacitan a los promotores de BPSO, a los líderes de los BPSO y a los líderes impulsores, quienes a su vez forman a los líderes de los BPSO y a los líderes de las Guías en talleres de 1 a 2 días de duración en sus jurisdicciones.

Un factor clave en la adopción de las Guías en los BPSO es el enfoque en el proceso de cambio o adopción de la innovación (Grol et al., 2013) y el proceso de transición (Bridges, 1991) o el convertirse en una cultura basada en la evidencia. Los patrocinadores de BPSO, líderes de BPSO y líderes impulsores aprenden a utilizar el proceso de cambio en todos los aspectos del ciclo de adopción (Rogers, 2003). Las diferentes teorías de cambio se incorporan a su formación, incluyendo las de:

- Rogers (2003) sobre la tasa de adopción del cambio y las categorías de adoptantes.
- Conner (2006), quien reconoce ocho etapas de cambio que comienzan con el primer contacto y la toma de conciencia y terminan con la institucionalización e internalización para asegurar las nuevas prácticas.
- El proceso de cambio de ocho pasos de Kotter (2012) comienza con la creación de emergencia, que ayuda a los agentes de cambio a alinear el cambio con las realidades de la organización y a crear la motivación para el cambio.
- El modelo ADKAR (Hiatt, 2006) que destaca el papel de la formación en el cambio.
- Heath & Heath (2010), que se centra en formas prácticas de iniciar y mantener el cambio.

Además, la Herramienta de RNAO, que refuerza la teoría del cambio de Lewin, reconoce la importancia de la seguridad psicológica (Schein, 1996) cuando los profesionales sanitarios prueban nuevas prácticas basadas en la evidencia.

El Programa de orientación de los BPSO y el Instituto de aprendizaje de Guías describen el cambio utilizando el trabajo de Haines (2005), que describe los altibajos del cambio como una montaña rusa, y de hecho múltiples montañas rusas y olas de cambio, en el proceso no lineal de adopción de las buenas prácticas a través de la transición (Bridges, 1991). La montaña rusa del cambio que se muestra en la Figura 6.2 se vuelve muy simbólica para los líderes de los BPSO de todo el mundo, tanto cuando miden sus propias reacciones al cambio en comparación con las de sus colegas, como cuando adquieren conocimientos sobre las respuestas predecibles al cambio y la necesidad de perseverancia (Haines, 2005). Este contenido y la metodología relacionada utilizada en la discusión y aplicación, al igual que gran parte del contenido común en estas sesiones de orientación, comienzan a conformar la identidad colectiva de los BPSO como miembros de un movimiento global de práctica basada en la evidencia.

REFLEXIÓN

Piense en una situación en la que ha estado cuando se introdujo un nuevo enfoque. ¿Cómo se utilizó la teoría del cambio? ¿Cómo podría haberse utilizado para mejorar el éxito del cambio? ¿Por qué cree que la identidad colectiva es importante en los grandes cambios de sistema?

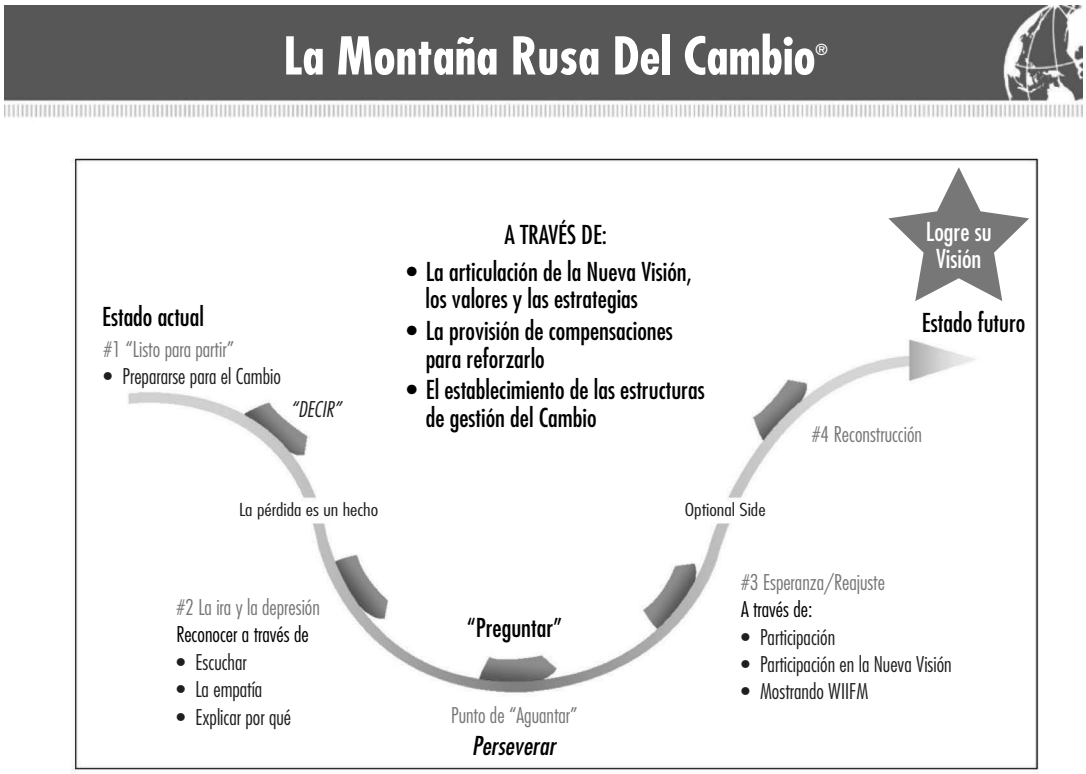


FIGURA 6.2 La montaña rusa de Change™.
© 2007 Stephen Haines—Haines Centre for Strategic Management. Usado con permiso.

IMPULSORES

RNAO exige en sus acuerdos con los BPSO Directos y los BPSO Hosts que los BPSO desarrollen al 15% de su personal de Enfermería como impulsores de buenas prácticas, quienes proporcionarán la inspiración y motivación para el cambio (RNAO, 2017b). Esto es consistente con la teoría de la difusión que define la *masa crítica* como el grado de impulso o la energía necesaria para iniciar y mantener un cambio (Rogers, 2003). El número recomendado requerido para alcanzar la masa crítica según Rogers (2003) es del 10% al 30% del grupo meta. La selección de RNAO del 15% refleja las estimaciones combinadas de los innovadores (2,5%) y de los primeros adoptantes (13,5%) cuando los adoptantes se trazan en la curva de adopción. Nuestra experiencia a lo largo de 15 años ha sido que este número, cuando se ha mantenido y en la mayoría de los casos se ha superado, sostiene el impulso para la adopción de las Guías.

El proceso de desarrollo de los impulsores comienza cuando los miembros del personal son seleccionados por el líder o gerente del equipo de su unidad o cuando se ofrecen como voluntarios para asumir este rol. Se convierten en impulsores al participar en un taller presencial de un día, en una serie de aprendizaje virtual o a través de un programa autodirigido de aprendizaje en línea. Al convertirse en impulsores, los involucrados se comprometen a facilitar y liderar la implantación de las Guías entre sus pares. A otros profesionales sanitarios se les anima a convertirse en impulsores y cientos de ellos han sido preparados a través del programa de impulsores de RNAO. Además, ahora hay miles de enfermeras, estudiantes de Enfermería, personal de apoyo y, más recientemente, miembros del público, que han pasado a formar parte de la Red de impulsores de buenas prácticas de RNAO.

INSTITUTO DE APRENDIZAJE DE LAS GUÍAS CLÍNICAS

El Instituto de aprendizaje de las guías clínicas de RNAO, ahora en su 16º año, proporciona una oportunidad para que enfermeras y otros profesionales sanitarios adquieran conocimiento, comprensión y oportunidades para aplicar los elementos de la Herramienta (RNAO, 2012) en un plan de acción para la implantación de las guías. El uso de un plan de acción multifacético fue una recomendación clave de Higuchi et al. (2017), basada en un estudio de ocho BPSO pioneros.

Los participantes llegan al Instituto de las Guías con una idea de una innovación clínica basada en la evidencia que quieren implantar y se van con un plan claro de cómo llevar el conocimiento a la acción. Tanto el taller de impulsores como el del Instituto de aprendizaje de las Guías están basados en la Herramienta de implantación de RNAO (2012).

SESIONES DE INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTOS DE LOS BPSO

Las sesiones de intercambio de conocimientos con otros pares BPSO ofrecen la oportunidad de aprender de los éxitos y desafíos de cada uno de ellos. Los BPSO deben presentar actualizaciones regulares y completas a sus pares para obtener información, retroalimentación y resolución de problemas. RNAO acoge el Simposio anual de intercambio de conocimientos de los BPSO para todos los BPSO, incluidos los que han sido designados y los que se encuentran en el periodo de predesignación. Los objetivos del Simposio son el intercambio de conocimientos, la colaboración, la celebración y el trabajo en red. Los BPSO comparten las lecciones aprendidas: los BPSO designados son mentores de los nuevos BPSO y los expertos en la ciencia de la implantación aportan nuevos conocimientos al grupo. Se espera que los líderes de todos los BPSO asistan y presenten sus avances durante las sesiones de trabajo en red que son un punto culminante del evento.

ASESORAMIENTO Y APOYO

El compromiso con un BPSO Coach es otra estrategia clave que está incluida en la designación de BPSO. Harvey et al. (2002) enfatizaron el papel de la facilitación al liderar el cambio de prácticas e introdujeron el papel de los facilitadores externos que utilizan un modelo de extensión para trabajar con las organizaciones, proporcionando asesoramiento, redes de contactos y apoyo para ayudarles a establecer los cambios de prácticas necesarios. Los BPSO tienen asignado un experto en implantación con experiencia de RNAO (BPSO Coach) con quien deben reunirse dentro de los primeros 3 meses de convertirse en un BPSO y mantener un contacto regular durante el periodo de 3 años. El papel del Coach se ha ampliado recientemente para incluir una visita de campo con el fin de observar la implantación y evaluación "sobre el terreno". Los entrenadores ofrecen consultas, modelado de roles, referencia a recursos clave e identificación temprana de los desafíos para lograr la designación de BPSO.

REFLEXIÓN

¿Cómo influye el personal con conocimientos sobre la ciencia de la implantación en la adopción y desarrollo de una cultura de la práctica basada en la evidencia en una organización? ¿Son los principios transferibles a otros aspectos de la Enfermería y a la atención al paciente?

APLICACIÓN SOSTENIDA

Durante el periodo de predesignación de tres años, los BPSO canadienses deben implantar un mínimo de cinco Guías Clínicas (tres en toda la organización), y los BPSO internacionales deben implantar un mínimo de tres (una en toda la organización). Esta diferencia en los requisitos reconoce el hecho de que las enfermeras canadienses han tenido fácil acceso al Programa de Guías de RNAO y a sus recursos desde su inicio; también reconoce que puede haber diferencias en el contexto en los entornos internacionales relacionados con la práctica basada en la evidencia. Los BPSO deben determinar dónde (unidades, programas, equipos) se llevará a cabo la implantación y utilizar las recomendaciones para la práctica para dirigir las intervenciones

clínicas. Las recomendaciones para la formación se utilizan para asegurar que el personal tenga el conocimiento y la habilidad para llevar a cabo las intervenciones clínicas y las recomendaciones para la organización y las directrices para apoyar el mantenimiento del cambio de práctica. Estos requisitos aseguran que los cambios en la práctica se "anclen" gracias al personal capacitado y comprometido y que existan las estructuras y procesos necesarios para incorporar las nuevas prácticas.

Todos los BPSO están obligadas a desarrollar un plan de sostenibilidad centrado en las estructuras organizativas, los procesos y los roles, y a mantener el plan actualizado para compartirlo con RNAO a través de los informes requeridos. Chambers et al. (2013) y Maher et al. (2010) apoyan firmemente estos elementos en sus discusiones sobre la sostenibilidad como parte de la implantación de la práctica basada en la evidencia. La asociación entre los BPSO y RNAO proporciona muchas oportunidades para que las organizaciones reciban y den su opinión. Esto permite a RNAO y a los BPSO adaptar y modificar sus enfoques en función de los resultados, los cambios en la evidencia y los cambios en el contexto, tanto a nivel de la organización como del sistema. Tal como lo reforzaron Chambers et al. (2013) en "The Dynamic Sustainability Framework", la práctica sostenida no es un concepto estático y existe un alto reconocimiento de la sostenibilidad que evoluciona con el tiempo sobre la base de la mejor evidencia actual.

DIFUSIÓN

Dado el valor de la reflexión y las revisiones regulares del progreso, se requiere que los BPSO, en su acuerdo formal, consoliden su trabajo y lo compartan de manera pública. Esto se logra a través de presentaciones profesionales en conferencias locales, provinciales, nacionales y/o internacionales, compartiendo los recursos que desarrollan en el sitio web de RNAO o participando como miembro de las ofertas de desarrollo profesional de RNAO. RNAO también espera que los BPSO incluyan sus actividades en el sitio web de su organización y, más recientemente, se ha convertido en un requisito para establecer una presencia en los medios sociales a través de los cuales se pueda difundir el trabajo de los BPSO. Por último, durante el periodo de predesignación y después de la designación de BPSO se espera la elaboración y presentación de manuscritos relacionados con el proceso de designación de BPSO y los resultados para su publicación en revistas revisadas por pares. Estos resultados contribuyen al desarrollo de capacidades dentro de los BPSO; posiciona a los BPSO y a sus líderes local e internacionalmente, fortaleciendo así su estatus en sus organizaciones y comunidades; facilita el conocimiento clínico y de Enfermería emergente para un amplio consumo y demuestra la base de conocimientos en constante expansión de la profesión de Enfermería. Los BPSO comparten sus avances sobre estos resultados en el informe semestral o anual de RNAO.

SUPERVISIÓN E INFORMES SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS

Como una forma de supervisar que todas las metas se cumplan (además de las oportunidades ofrecidas a través de las reuniones regulares de intercambio de conocimientos, los simposios en persona y la interacción con los BPSO Coaches), los directores y patrocinadores de BPSO designados previamente presentan un informe formal por escrito a RNAO sobre los siguientes temas cada semestre. Como se mencionó anteriormente, el formato del informe está disponible en línea a través de myBPSO y requiere una actualización de todos los objetivos. En el caso de los BPSO designados, el requisito de presentación de informes es anual, con renovación de la designación cada dos años. Para los BPSO Directos canadienses, el director de las Guías y el director asociado de implantación de las Guías y transferencia de conocimientos, así como el BPSO Coach, llevan a cabo una reunión virtual con el líder de BPSO, el patrocinador y otros miembros del equipo de BPSO para discutir el informe. Para los BPSO internacionales y los BPSO Hosts, estas reuniones son dirigidas por la directora general de RNAO o por el director del Centro de Asuntos Internacionales y Guías de Buenas Prácticas, como su Coach identificado.

El modelo ARCH (Baker, Turner y Bush, 2015), que incluye autoevaluación, refuerzo, corrección y ayuda con un plan de acción (por sus siglas en inglés: Self **A**ssesment, **R**einforcement, **C**orrection and **H**elp), se utiliza para guiar y centrar el debate, garantizar la comunicación bidireccional, identificar y reforzar los puntos fuertes y describir planes para hacer frente a cualquier desafío. Las notas de seguimiento se comunican al BPSO, incluyendo las áreas que se deben tratar inmediatamente y las áreas que se deberán abordar en el próximo informe. Al final del año, se toman decisiones para determinar si el BPSO ha cumplido con los objetivos anuales con el fin de pasar al año siguiente. Al final del periodo de tres años, se lleva a cabo una revisión para determinar si los resultados se han cumplido lo suficiente para permitir la designación. Ha habido situaciones en las que, debido a la competencia de prioridades, cambios en la dotación de personal o una importante reestructuración organizativa, los BPSO solicitan una prórroga de seis meses a un año para lograr los resultados requeridos para la designación. En todos los casos, estos BPSO han tenido éxito dentro del plazo de calificación extendido.

EVALUACIÓN

Con el establecimiento de NQuIRE, los resultados de la evaluación y la supervisión se han vuelto sólidos y consistentes en todos los BPSO (Grinspun et al., 2015). Desde el principio, se espera que los BPSO recopilen datos de referencia para los indicadores clave de la estructura de recursos humanos y para los indicadores de proceso y de resultados relacionados con las Guías que están implantando. Los BPSO de servicio presentan los datos mensuales de manera trimestral a NQuIRE y comparten sus resultados en los informes escritos regulares a RNAO (Grinspun et al., 2015). Los BPSP académicos todavía no envían datos a NQuIRE. Sin embargo, identifican, miden e informan sobre indicadores clave como: la influencia de las Guías en el currículo general, los objetivos y el contenido del curso, la metodología de enseñanza, el conocimiento de los estudiantes y las habilidades de práctica de los estudiantes.

BPSO HOSTS

Los centros BPSO Host tienen objetivos específicos que deben cumplir como parte del acuerdo firmado con el centro Host de RNAO (RNAO, 2017b). Estos objetivos se centran en las acciones y adaptaciones necesarias en su papel de contratar, iniciar y monitorizar un grupo de BPSO Directos en su jurisdicción, todos los cuales deben tener un Acuerdo de BPSO Directo firmado con el Host. Los BPSO Hosts están respaldados y supervisados por RNAO y están divididos entre la directora general de RNAO y el director de IAGBP. El Consorcio de BPSO de Latinoamérica (compuesto por BPSO Directos en Chile, Colombia y Portugal, así como BPSO Hosts en Chile, Perú y España) también informa al CEO de RNAO, quien habla español con fluidez. El enfoque de RNAO en el asesoramiento y la supervisión se centra en el propio BPSO Host y su papel en la supervisión de sus BPSO Directos. El enfoque de RNAO se extiende a los BPSO Directos solo para determinar el progreso del BPSO Host y su capacidad para cumplir con los objetivos.

AUDITORÍA Y RETROALIMENTACIÓN

Además de las numerosas estrategias de seguimiento utilizadas, y basándose en las opiniones de que observar a los BPSO en su propio contexto y al proporcionar retroalimentación directa sobre su actuación según los estándares (Ivers et al., 2012) contribuyen a mejorar los comportamientos, RNAO realiza una auditoría formal, anual y en el centro de sus BPSO Directos y los BPSO Hosts. El valor de la auditoría y la retroalimentación se ve reforzado por Ivers et al. (2014), quienes se han basado en los resultados de un análisis en profundidad de una revisión sistemática de 140 estudios en los que se examinaron los efectos sobre la práctica profesional cuando la auditoría y la retroalimentación se incluyeron como un aspecto crítico de los procesos de atención. Ivers et al. (2014) concluyeron que, si bien hubo variaciones en el impacto sobre los profesionales y los pacien-

tes, la auditoría y la retroalimentación fueron efectivas en situaciones en las que hubo una alta curva de aprendizaje involucrada en la adopción de las nuevas prácticas y cuando la retroalimentación fue proporcionada por un supervisor o colega, verbalmente y por escrito, con la intención de dar seguimiento y un plan de acción. La auditoría y la retroalimentación también fueron más efectivas cuando se dirigieron a personas que no eran profesionales de la salud.

Nuestro proceso de auditoría y retroalimentación cumple con los criterios anteriores y se ha convertido en una forma eficaz de determinar la fidelidad de los BPSO en relación con los requisitos del programa establecidos en los Acuerdos de los BPSO. La intención es ayudar a los BPSO Directos y los BPSO Hosts no solo a modificar sus comportamientos cuando no están cumpliendo con las expectativas, sino también a aprender lo que están haciendo bien para sostener estas acciones. De acuerdo con los hallazgos de Ivers et al. (2014), los BPSO Coaches participan en la auditoría y proporcionan retroalimentación verbal y escrita al BPSO sobre su progreso. Se han desarrollado herramientas de auditoría específicas, alineadas con los requisitos pertinentes, para los BPSO Hosts y para los BPSO Directos académicos y de servicio y sirven como guías para los auditores y como herramientas de enseñanza durante las sesiones de retroalimentación. Estas sesiones también se centran en los planes de acción específicos que deben abordarse y en el calendario. Los procesos de auditoría y retroalimentación se describen con más detalle en el Capítulo 12, *La difusión global de las Guías de RNAO: la sostenibilidad y fidelidad de la designación de BPSO.*

RESUMEN DE LOS REQUISITOS DE LOS BPSO

Estos objetivos claves requeridos para la calificación y para los BPSO designados se basan en la evidencia, los objetivos y, en un periodo de 3 años y más, crean el ímpetu y el entorno necesarios para el mantenimiento y la expansión de los cambios en la práctica basada en la evidencia. Se resumen a continuación:

- Desarrollar una infraestructura de BPSO con estructuras, personas y procesos:
  - Crear capacidad en toda la organización en relación con el cambio en la práctica clínica y una mejor comprensión de las metodologías de transferencia de conocimientos.
  - Participar en sesiones regulares de intercambio de conocimientos con otros BPSO como parte de una red de pares.
  - Actuar como tutor o estar tutorizado por otros.
  - Establecer y mantener un cuadro de impulsores informado y comprometido.
- Utilizar un enfoque sistemático para la implantación centrado en el cambio de prácticas, la formación del personal sanitario, del personal de apoyo y la incorporación de las nuevas prácticas en las estructuras y procesos de la organización:
  - Consultar con el BPSO Coach de RNAO para ayudar con los retos y las estrategias.
  - Desarrollar planes claros para la evaluación, incluyendo la presentación de datos a NQuIRE, con un enfoque en la estructura, el proceso y los indicadores de resultados y cómo los resultados de estos datos serán compartidos con el personal.
  - Difundir los resultados a través de presentaciones profesionales y publicaciones académicas.
  - Proporcionar informes periódicos a través de myBPSO a RNAO centrados en los resultados clave.

Los BPSO identifican de manera constante estos requisitos y objetivos, en particular la asociación formal y los recursos y apoyos de RNAO, como la clave para su éxito (RNAO, 2015).

Todos ellos son elementos de la ciencia de la implantación y cada uno de ellos ha sido utilizado en algún programa de desarrollo de prácticas basadas en la evidencia. La designación de BPSO ha agrupado todo este conjunto de prácticas y principios científicos de implantación en una sola iniciativa de transferencia de conocimientos que ha logrado resultados comprobados y ha creado una identidad colectiva en todo el mundo.

Como se discutió en el Capítulo 1, los BPSO tienen un recorrido interactivo y compartido con una clara orientación de su acción, así como de las oportunidades y limitaciones en las que esta se desarrolla. Encuentran motivación entre ellos y en los demás, reconocen que comparten ciertas orientaciones en común y sobre esa base deciden actuar juntos. Los BPSO tienen relaciones activas entre sí y están intelectual y emocionalmente involucrados en su éxito individual y colectivo.

REFLEXIÓN

Para cada uno de los principales objetivos discutidos anteriormente, identifique por qué cree que son necesarios para crear un cambio sostenido en la práctica basada en la implantación de las Guías de Buenas Prácticas.

COMPROMISOS DE RNAO

La designación de BPSO es una asociación entre RNAO y el BPSO, movilizada por la identidad colectiva y los objetivos de mejores resultados para los pacientes, enfermeras, otros proveedores de atención sanitaria, organizaciones y el sistema de salud en su conjunto. La asociación refuerza la plena participación de las organizaciones de servicios públicos de apoyo de todo el mundo en todos los aspectos de la designación y se adhiere a la filosofía de la creación sostenida de capacidad. Los compromisos de RNAO con los BPSO Directos y los BPSO Hosts son considerados críticos para su capacidad de cumplir con los requisitos, establecer una cultura de práctica basada en la evidencia y contribuir a la creación de capacidad sostenida. Entre estos compromisos se incluyen:

- Guías basadas en la evidencia y recursos de implantación que han sido rigurosamente elaborados, todos ellos disponibles gratuitamente para su descarga en el sitio web de RNAO.
- Acceso a recursos de implantación posibilitados por la tecnología, como la aplicación de Guías de RNAO y los conjuntos de normas enfermeras basados en la evidencia.
- NQuIRE, el sistema integral de base de datos de indicadores de RNAO para medir el impacto de las Guías.
- Apoyo a las oportunidades para convertirse en un BPSO y ser parte de una red formal de BPSO.
- Consultas y asesoramiento para los BPSO a partir de la transferencia de conocimientos, desarrollo de guías y expertos en evaluación.
- Suministro de recursos integrales y pertinentes para el desarrollo de capacidades, el establecimiento de redes y el intercambio de información, así como de oportunidades de desarrollo profesional.
- Facilitación de foros de transferencia de conocimientos, como la comunidad de práctica virtual de BPSO, el simposio anual de intercambio de conocimientos de BPSO y reuniones periódicas de intercambio de conocimientos de BPSO.
- El sistema tecnológico de informes de RNAO: myBPSO.
- Revisión de los informes requeridos de los BPSO presentados a través de myBPSO y provisión de retroalimentación oportuna e interactiva.

- Promoción de los BPSO y de su trabajo a través de los medios de comunicación, oportunidades de publicación y conexiones de mentores locales e internacionales.
- Oportunidades para ser mentor de otros BPSO y de formar parte de la red de formadores expertos en implantación certificados por el BPSO Host y de la red de formador de formadores expertos en evaluación certificados por RNAO, (ver detalles en el Capítulo 12).

FACTORES DE ÉXITO DE LOS BPSO

La designación de BPSO es reconocida internacionalmente y ha sido un éxito rotundo al mostrar la adopción y el uso sostenido de las Guías de Buenas Prácticas. El enfoque estratégico de la designación de BPSO ha servido para desencadenar el desarrollo de culturas basadas en la evidencia, mejorar la atención al paciente y enriquecer la práctica profesional de las enfermeras y otros profesionales de la salud. En el momento de redactar este libro, había 7 BPSO Hosts compuestos por 125 BPSO Directo que representan a más de 550 organizaciones sanitarias e instituciones académicas en 12 países y 5 continentes.

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FUTURAS

Aunque esta iniciativa ha sido incubada, RNAO y todos los BPSO y BPSO Hosts siguen alerta para asegurar que nada interfiera con los logros alcanzados. Por eso, trabajan continuamente en colaboración para reducir la brecha entre el conocimiento y la práctica y para extender la designación de BPSO en las jurisdicciones actuales y ampliarla a otras nuevas. En el futuro se verán más enfoques formalizados para el desarrollo sostenido de capacidades, incluyendo más líderes impulsores, líderes de Guías, mentores y formadores identificados por los BPSO Hosts y BPSO Directos de todo el mundo. Existen planes para apoyar el rápido crecimiento de los BPSO Directos en Canadá, China y Europa del Este, así como para lanzar y desarrollar BPSO Hosts en Canadá, Chile, China, Perú y varios países europeos.

La infraestructura de RNAO; su credibilidad como asociación profesional que defiende la salud y la Enfermería; sus amplias redes de práctica, educación, administración, investigación y políticas alimentan su capacidad para sostener y hacer crecer la designación de BPSO. Esta iniciativa fundamental y global de transferencia de conocimientos está haciendo posible que las organizaciones de salud establezcan culturas basadas en la evidencia, que las enfermeras apasionadas por la atención basada en la evidencia prosperen y lideren el cambio basado en el conocimiento y que los pacientes se sientan cómodos al saber que la mejor evidencia está siendo utilizada para orientarles acerca de su atención. Los modelos BPSO Directo y BPSO Host han sido probados durante 15 y 6 años respectivamente y han demostrado que el modelo de designación de BPSO se ajusta a una variedad de contextos globales.

Como se describe en este capítulo, la innovadora estrategia de RNAO de transmisión de conocimientos a nivel meso y macro, la designación de BPSO, tiene éxito en gran medida debido a un conjunto de requisitos plasmados en un acuerdo formal firmado entre el BPSO y RNAO. El acuerdo garantiza que las organizaciones tengan claras las expectativas que deben cumplir y los apoyos y recursos que RNAO se compromete a proporcionar. El entendimiento explícito es que, con este tipo de asociación, las organizaciones se asegurarán de lograr una cultura de práctica basada en la evidencia y la adopción de múltiples Guías. La designación de BPSO de RNAO proporciona un modelo probado que lleva el conocimiento a la acción a través de múltiples estrategias interrelacionadas y recursos basados en la evidencia. Esto conduce a un cambio más rápido de la práctica basado en las mejores pruebas y da lugar a mejores resultados para los pacientes y para la organización. Los pacientes del mundo no merecen menos.

MENSAJES CLAVE

- Una combinación de principios y prácticas derivados de la literatura científica de la implantación, cuando se aplica a nivel organizacional, garantiza el éxito de cerrar la brecha que existe entre el conocimiento y la práctica en el campo de la salud.
- El liderazgo en todas las funciones es fundamental para iniciar y mantener el desarrollo de una cultura de la práctica basada en la evidencia.
- Comprender y aplicar la teoría del cambio es un aspecto crítico para iniciar y fomentar la adopción sostenida de la Guías.
- Para lograr resultados es necesario prestar atención a todos los aspectos de la práctica basada en la evidencia, desde el desarrollo riguroso de guías hasta la creación de capacidades centrada tanto en el conocimiento clínico como en los principios, la evaluación y el mantenimiento de la ciencia de implantación.
- Las organizaciones que desean crear una cultura basada en la evidencia se benefician de trabajar en estrecha colaboración con expertos y colegas que se esfuerzan por lograr objetivos similares.
- Hay una mayor probabilidad de éxito cuando el objetivo de lograr una cultura basada en la evidencia se alinea con la visión, la misión y las prioridades estratégicas de la organización.
- La adopción global de la práctica de la Enfermería basada en la evidencia permite enfoques consistentes de la atención, facilita la comunicación y colaboración intraprofesional e interprofesional, mejora las oportunidades para la investigación y, en última instancia, fortalece la profesión y su impacto en los pacientes.

REFERENCIAS

Aarons, G., Green, A., Trott, E., Willging, C., Torres, E., Ehrhart, M., . . . Roesch, S. (2016). The roles of system and organizational leadership in system-wide evidence-based intervention sustainment: A mixed-methods study. *Administration and Policy in Mental Health*, *43*, 991–1008.

Albornos-Munoz, L., González-María, E., & Moreno-Casbas, T. (2015). Best Practice Guidelines implementation in Spain: Best practice spotlight organizations. *MedUNAB*, *17*(3), 163–169.

Bajnok, I., Grinspun, D., Lloyd, M., & McConnell, H. (2015). Leading quality improvement through Best Practice Guideline development, implementation, and measurement science. *Med UNAB*, *17*(3), 155–162.

Baker, S. D., Turner, G., & Bush, S. C. (2015, November). ARCH: A guidance model for providing effective feedback to learners [Education column]. *Society of Teachers of Family Medicine*. Retrieved from http://www.stfm.org/NewsJournals/EducationColumns/November2015EducationColumn

Bridges, W. (1991). *Managing transitions: Making the most of change*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, *8*, 117. doi: 10.1186/1748-5908-8-117

Conner, D. (2006). *Managing at the speed of change: How resilient managers succeed and prosper where others fail.* New York, NY: Random House Publishing Group.

Di Costanzo, M. (2013). Becoming a BPSO. *Registered Nurse Journal*, *25*(2), 12–26.

Gallagher-Ford, L. (2014). Implementing and sustaining EBP in real world healthcare settings: A leader's role in creating a strong context for EBP. *Worldviews in Evidence-Based Nursing*, *11*(1), 72–74.

Gallagher-Ford, L., Buck, J., & Melnyk, B. M. (2014). Leadership strategies and evidence-based practice competencies to sustain a culture and environment that supports best practice. In B. M. Melnyk & E. Fineout-Overholt (Eds.), *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3rd ed.) (pp. 235–247). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Gifford, W., Davies, B., Tourangeau, A., & Lefebre, N. (2011). Developing team leadership to facilitate guideline utilization: Planning and evaluating a three-month intervention strategy. *Journal of Nursing Management*, *19*, 121–132.

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., . . . Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, *26*(1), 13–24.

Grinspun, D. (2011). Guias de practica clinica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (Evidence based clinical practice and work environment guidelines prepared by the Registered Nurses' Association of Ontario). *Enfermeria Clinica* (Clinical Nursing), *21*(1), 1–2.

Grinspun, D., Lloyd, M., Xiao, S., & Bajnok, I. (2015). Measuring quality of evidence-based care: NQuIRE-Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation data-system. *MedUNAB*, *17*(3), 170–175.

Grinspun, D., Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2014). Advancing optimal care with rigorously developed clinical practice guidelines and evidence-based recommendations. In B. M. Melnyk & E. Fineout-Overholt (Eds.), *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3rd ed.) (pp. 182–201). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Grinspun, D., Virani, T., & Bajnok, I. (2002). Nursing Best Practice Guidelines: The Registered Nurses' Association of Ontario project. *Hospital Quarterly*, *5*(2), 56–60.

Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis, D. (2013). *Improving patient care: The implementation of change in health care* (2nd ed.). London, UK: John Wiley & Sons.

Haines, S. (2005). *Leading strategic change*. San Diego, CA: Systems Thinking Press.

Haines, S. (2007). *The natural cycles of life and change.* Retrieved from http://hainescentre.com/rollercoaster/

Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A. I., Kitson, A., McCormack, B., . . . Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: The role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, *37*(6), 577–588.

Health Council of Canada. (2012). *Understanding clinical practice guidelines: A video series primer.* Retrieved from http://healthcouncilcanada.ca/tree/CPG_Backgrounder_EN.pdf.pdf

Heath, C., & Heath, D. (2010). *Switch: How to change things when change is hard*. New York, NY: Random House.

Hiatt, J. M. (2006). *ADKAR: A model for change in business, government and our community*. Loveland, CO, U.S. Prosci Research.

Higuchi, K., Davies, B., & Ploeg, J. (2017). Sustaining guideline implementation: A multisite perspective on activities, challenges and supports. *Journal of Clinical Nursing*, 1–12. doi: 10.1111/jocn.13770

Higuchi, K., Downey, A., Davies, B., Bajnok, I., & Waggott, M. (2013). Using the NHS sustainability framework to understand the activities and resource implications of Canadian nursing guideline early adopters. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(11–12), 1706–1716.

Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., . . . Oxman A. D. (2012). Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *6*, CD000259. doi: 10.1002/14651858.CD000259.pub3

Ivers, N., Sales, A., Colquhoun, H., Michie, S., Foy, R., Francis, J. J., . . . Grimshaw, J. M. (2014). No more 'business as usual' with audit and feedback interventions: Towards an agenda for a reinvigorated intervention. *Implementation Science*, *9*, 14. doi: 10.1186/1748-5908-9-14

Kirschling, J., & Erickson, J. (2010). The STTI practice academe collaborative partnership award: Honoring innovation, partnership and excellence. *Journal of Nursing Scholarship*, *42*(3), 286–294.

Kotter, J. P. (2012). *Leading change*. Boston, MA: Harvard Business Review Press.

Maher, L., Gustafson, D., & Evans, A. (2010). *NHS Sustainability Model*. Retrieved from http://www.institute.nhs.uk/sustainability

Melnyk, B. M. (2014). Building cultures and environments that facilitate clinician behaviour change to evidence-based practice: What works? *Worldviews in Evidence-Based Nursing*, *11*(2), 79–80.

Melnyk, B. M. (2017). The difference between what is known and what is done is lethal: Evidence-based practice is a key solution urgently needed. *Worldviews in Evidence-Based Nursing*, *14*(1), 3–4.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3rd ed). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Koshy, B. K., Troseth, M., Wygarden, E., & Szalacha, L. (2016). A study of chief nurse executives indicates low prioritization of evidence-based practice and shortcomings in hospital performance metrics across the United States. *Worldviews in Evidence-Based Nursing*, *13*(1), 6–14.

Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., & Miller, E. P. (2007). Factors influencing BPG implementation: Lessons learned from administrators, nursing staff and project leaders. *Worldviews in Evidence-Based Nursing*, *4*(4), 210–219.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015). *2014–2015 Best Practice Spotlight Organization impact survey: Summary of survey results.* Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_RNAO-BPSO_Impact_Survey.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017a). *Best Practice Spotlight Organizations (BPSO)*. Retrieved from http://rnao.ca/bpg/bpso

Registered Nurses' Association of Ontario (2017b). *RNAO Best Practice Spotlight Organization (BPSO)*. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAOBPSOFactSheetApril2017.pdf

Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY: Free Press.

Schein, E. H. (1996). Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning. *Systems Practice and Action Research*, *9*(1), 27–47.

Stetler, C. B., Richie, J. A., Rycroft-Malone, J., & Charns, M. P. (2014). Leadership for evidence-based practice: Strategic and functional behaviour for institutionalizing EBP. *Worldviews in Evidence-Based Nursing*, *11*(4), 219–226.

Straus, S., Tetroe, J., & Graham, I. D. (Eds). (2013). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2nd ed.) Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

World Health Organization (WHO). (2015). *Nurses and midwifes: A vital resource for health. European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/nurses-and-midwives-a-vital-resource-for-health.-european-compendium-of-good-practices-in-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals

APÉNDICE A: PASOS PARA CONVERTIRSE EN UN CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (BPSO)

CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (BPSO)

La Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario

RNAO es el cuerpo profesional que representa a las enfermeras tituladas, enfermeras especialistas y estudiantes de Enfermería en Ontario, Canadá. Abogamos por una política pública saludable, promovemos la excelencia en la práctica de la Enfermería y empoderamos a las enfermeras para que influyan activamente en las decisiones que afectan a la profesión y al público al que atienden.

EL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO

El programa de RNAO de la Guía de Buenas Prácticas de Enfermería (GBP) fue lanzado en noviembre de 1999[1] y, hasta la fecha, ha producido 53 guías clínicas y de sistemas y entornos laborales saludables; una herramienta [2]para ayudar en la implantación de las guías de RNAO en entornos de práctica; un recurso para educadores [3]para facilitar la implantación de las guías en el plan de estudios de Enfermería y una gama de programas educativos que se ofrecen en todo Canadá y en el ámbito internacional. La adopción de las guías publicadas se apoya en un enfoque múltiple que se centra en el desarrollo de la capacidad individual, a través de la Red de impulsores de buenas prácticas[4] y los institutos de RNAO; la implantación organizacional a través del programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO, por sus siglas en inglés) y la implantación a nivel de todo el sistema de salud. Las guías, las herramientas relacionadas y los recursos para la aplicación están disponibles en el sitio web de RNAO: RNAO.ca/bestpractices.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA DE BPSO

El Programa de BPSO apoya la implantación de las Guías a nivel institucional, se estableció en 2003, está reconocido internacionalmente y ha tenido un gran éxito demostrando la adaptación y el uso de las Guías de Buenas Prácticas[5-6]. El enfoque estratégico del programa ha servido para promover el desarrollo de culturas basadas en la evidencia, mejorar la atención al paciente y enriquecer la práctica profesional de las enfermeras y otros profesionales de la salud. El objetivo final es optimizar los cuidados de Enfermería, los resultados para el paciente y la organización a través del uso de las Guías de RNAO mediante la promoción de una cultura de la práctica de Enfermería basada en la evidencia y la toma de decisiones de gestión. Existen dos modelos de designación de BPSO, uno es el BPSO Directo y el otro es el BPSO Host. Más adelante, en este documento, se incluye información más específica relacionada con el modelo de BPSO Host.

---

1 *Grinspun, D., Virani, T., & Bajnok, I. (2002). Nursing best practice guidelines: The RNAO (Registered Nurses' Associatioin of Ontario) project.* Hospital Quarterly, 5*(2), 56–60.*

2 *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002).* Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines.*Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.*

3 *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005).* Educator's Resource: Integration of Best Practice Guidelines. *Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.*

4 *Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., Bajnok, I., Downey, A. (2010). The Role of Nursing Best Practice Champions in Diffusing Practice Guidelines: A Mixed Methods Study. Worldviews on Evidence-Based Nursing https://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1741-6787/earlyview*

5 *Kirschling, J., & Erickson, J. (2010). The STTI practice academe collaborative partnership award: Honoring innovation, partnership and excellence. Journal of Nursing Scholarship, 42(3).*

6 *Registered Nurses' Association of Ontario. (March-April 2013). Registered Nurse Journal.*

Los objetivos del Programa de BPSO son los siguientes:

1. Establecer asociaciones dinámicas y a largo plazo que se centren en tener un impacto en la atención al paciente mediante el apoyo a la práctica de la Enfermería basada en el conocimiento.
2. Demostrar estrategias creativas para implantar con éxito las Guías de Enfermería a nivel individual y organizacional.
3. Establecer y utilizar enfoques eficaces para evaluar las actividades de ejecución utilizando indicadores de estructura, proceso y resultados.
4. Identificar estrategias efectivas para la difusión a nivel de todo el sistema de la implantación y los resultados de las Guías.

Los BPSO se comprometen a una experiencia de tres años de calificación de BPSO, a través de la cual se establece una asociación formal que define el papel de RNAO y los resultados esperados del BPSO. Durante el periodo de tres años, las organizaciones BPSO se centran en mejorar su práctica de Enfermería basada en la evidencia y las culturas de toma de decisiones, con la obligación de implantar y evaluar múltiples guías de práctica clínica.

Al final del periodo de tres años, y asumiendo que se cumplan todos los objetivos, las organizaciones BPSO se convierten en "BPSO designados". Como BPSO designados, las organizaciones se centran en la sostenibilidad y se comprometen a continuar la implantación y evaluación de las Guías de Buenas Prácticas en su organización y dentro del sistema. La designación de BPSO es renovable cada dos años.

PASOS PARA CONVERTIRSE EN UN BPSO

1. Presentar pruebas de preparación y compromiso para la implantación y evaluación de al menos cinco Guías de Buenas Prácticas Clínicas (en el caso de Canadá) o tres Guías de Buenas Prácticas Clínicas (a nivel internacional) como BPSO predesignados en una propuesta de acuerdo con el formato de solicitud de propuestas de BPSO. Esta propuesta debe incluir información para cada Guía que identifique por qué fueron seleccionadas, las estrategias que se utilizarán para su implantación, los resultados esperados para los pacientes, los proveedores de atención sanitaria y la organización y los medios de evaluación de estos resultados.

2. Firmar una carta de acuerdo comprometiéndose a una asociación de tres años para convertirse en un BPSO designado.

RESPONSABILIDADES DEL BPSO DIRECTO

1. Identificar a un líder de BPSO de su organización.
2. Desarrollar un Comité Directivo y una estructura del programa.
3. Identificar a un grupo de impulsores (15 por ciento del personal de Enfermería) que participará en la orientación de los impulsores y apoyará la adopción de prácticas basadas en la evidencia.
4. Enviar cada año a dos o tres miembros del personal o profesionales clínicos a los institutos relacionados con las Guías, o alternativamente RNAO podría llevar el instituto a su organización.
5. Reunirse con otros líderes de BPSO cada mes a través de teleconferencias de intercambio de conocimientos.
6. Comprometerse a enviar hasta dos miembros del personal a simposios de intercambio de conocimientos en persona cada año* (opcional para los BPSO internacionales).
7. Introducir datos para los indicadores de estructura, proceso y resultados adaptados a las Guías implantadas a través de NQuIRE.
8. Presentar un informe en línea cada seis meses y reunirse con el equipo de BPSO de RNAO por teleconferencia o de forma virtual para su revisión.
9. Difundir los resultados de la experiencia de calificación del BPSO, incluyendo herramientas y recursos.
10. Tras alcanzar la designación de BPSO, que depende del cumplimiento de todos los requisitos de la carta de acuerdo, comprometerse a mantener, ampliar y difundir la implantación de las Guías y proporcionar apoyo a otros BPSO predesignados mediante un papel de mentor.

LAS RESPONSABILIDADES DE RNAO EN RELACIÓN CON EL BPSO DIRECTO

1. Proporcionar al BPSO acceso a las Guías publicadas y electrónicas de RNAO.
2. Proporcionar al BPSO una orientación al Centro de asuntos internacionales y Guías de Buenas Prácticas de RNAO (International Affairs and Best Practice Guidelines Centre), al Programa de BPSO y a las guías específicas, según corresponda.
3. Apoyar al BPSO para que desarrolle y ofrezca una orientación sobre las Guías de Buenas Prácticas y los programas de BPSO.
4. Proporcionar formación al BPSO en la implantación de las Guías de Enfermería utilizando un enfoque de formación de formadores.
5. Proporcionar apoyo para la implantación, a través del acceso a recursos tales como la Red de impulsores de buenas prácticas, incluyendo talleres para impulsores o programas de aprendizaje en línea, las Herramientas para la implantación, el recurso para educadores, las aplicaciones móviles de las Guías y otros recursos para la implantación.
6. Ofrecer consultas de expertos sobre la difusión, aplicación, asimilación, evaluación y sostenibilidad de las guías, de forma continua y de una manera más formal a través de una teleconferencia periódica del BPSO en la que participen otros BPSO en una fase similar de aplicación de las Guías.
7. Facilitar el establecimiento de una red de líderes de proyectos del BPSO, con fines de transferencia e intercambio de conocimientos, y dirigir esta red en sesiones periódicas de intercambio de conocimientos para facilitar la aplicación y evaluación eficaces de las Guías.
8. Reunirse virtualmente (a través de la tecnología basada en la web o de reuniones telefónicas) dos veces al año, y según se acuerde mutuamente y/o sea necesario, con el BPSO para revisar los informes, supervisar el progreso y proporcionar recomendaciones.
9. Proporcionar un coach para el BPSO para el periodo de calificación de tres años del BPSO. El coach del BPSO sirve como punto de contacto para el centro BPSO y su papel incluirá la consulta, el asesoramiento, la vinculación con los recursos, las referencias y las visitas al centro según sea necesario.
10. Identificar y dirigir las oportunidades de investigación apropiadas para el BPSO.
11. Reconocer la participación del BPSO y de sus individuos, equipos y unidades clave (según lo determine el BPSO) en la implantación y evaluación de las Guías de Buenas Prácticas seleccionadas.

MODELO DEL BPSO HOST

El modelo de BPSO Host de RNAO es una característica del programa BPSO nacional e internacional. Un centro BPSO Host firma un acuerdo formal con RNAO para monitorizar el Programa de BPSO de RNAO en el país o región donde está ubicado. El BPSO Host es responsable de todos los aspectos del Programa de BPSO, desde la selección de las organizaciones BPSO interesadas en convertirse en BPSO hasta el informe de progreso que envía a RNAO. En general, el BPSO Host actúa como enlace entre RNAO y los BPSO del país o región específicos.

A medida que el servicio y/o la organización académica se convierten en BPSO para implantar, difundir y evaluar las Guías de Buenas Prácticas de RNAO, el BPSO Host proporciona apoyo mediante el seguimiento a través de reuniones periódicas y procesos de información. A continuación, el BPSO Host informa a RNAO con las actualizaciones de los BPSO, así como proporciona una visión general de los éxitos, retos, preguntas y problemas del Programa de BPSO en ese país o región.

RESPONSABILIDADES DEL CENTRO BPSO HOST

1. Seleccionar a los BPSO dentro de la jurisdicción de la región utilizando la metodología de solicitud de propuestas de RNAO.
2. Establecer un contrato con las organizaciones BPSO según el prototipo de acuerdo del BPSO de RNAO, en el que se detallan los resultados esperados y los requisitos que deben cumplirse durante el periodo de tres años.
3. Lanzar el programa BPSO en la región, utilizando una sesión de orientación de todos los BPSO seleccionados, con la participación del personal de Enfermería, de los docentes que desempeñan todas las funciones y otras partes interesadas.

4. Comprometerse con los recursos para la formación en la implantación de las Guías de Enfermería de RNAO utilizando un enfoque de formación de formadores y los materiales y el enfoque de RNAO.
5. Organizar y coordinar Institutos, basados la Herramienta de implantación de RNAO, promover el currículo del taller de impulsores y los materiales de apoyo desarrollados en asociación con RNAO para la formación local y el avance de la implantación de las Guías de Buenas Prácticas de Enfermería.
6. Apoyar el desarrollo de una red de impulsores de las buenas prácticas y de los asistentes al Instituto de Guías del país para desarrollar las capacidades y compartir las experiencias de evaluación y de implantación.
7. Organizar sesiones mensuales de intercambio de conocimientos del BPSO permite a cada uno de los centros BPSO revisar, apoyar y supervisar el progreso, así como a facilitar el intercambio de desafíos, éxitos y lecciones aprendidas entre los BPSO regionales.
8. Organizar un evento regional anual de intercambio de conocimientos de BPSO (simposio) para reunir a representantes de todos los centros BPSO con el fin de compartir el progreso, identificar los puntos fuertes y los resultados clave, abordar los desafíos y hacer planes para mejorar, difundir y mantener esta actividad.
9. Solicitar informes de progreso de cada BPSO cada seis meses durante el periodo de predesignación y tras la revisión, organizando reuniones con cada BPSO para analizar el informe identificando el progreso general, los puntos fuertes, las recomendaciones para el cambio y el apoyo adicional necesario.
10. Identificar a una persona de enlace del centro Host para cada uno de los BPSO a fin de que preste el apoyo específico que sea necesario al centro BPSO.
11. Monitorizar los resultados y los requisitos a los que cada BPSO debe adherirse durante la experiencia de BPSO.
12. Facilitar la investigación y evaluación del Programa de BPSO en el país, particularmente a través del sistema de datos NQuIRE (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation) de RNAO. NQuIRE se compone de indicadores de calidad relacionados con la práctica de Enfermería, los resultados clínicos de los pacientes y la estructura organizativa relevante para las guías seleccionadas para la implantación.
13. Facilitar las actividades de difusión de los BPSO en la región.
14. Participar en sesiones regulares de intercambio de conocimientos, supervisión, planificación y evaluación con RNAO y otros centros Host, al inicio de la implantación del Programa de BPSO.

LAS RESPONSABILIDADES DE RNAO EN RELACIÓN CON EL BPSO HOST

RNAO proporciona apoyo para la implantación, a través de la formación, así como acceso a todos los recursos disponibles, tales como el borrador del acuerdo de contrato para los BPSO, prototipos de informes, la Red de impulsores de buenas prácticas, incluyendo los talleres de impulsores, la Herramienta de implantación, el recurso para educadores, las aplicaciones móviles de las Guías y otros recursos de implantación. RNAO también participa con el BPSO Host en reuniones periódicas, y ofrece asesoramiento y consulta de expertos sobre la difusión, implantación, asimilación, sostenibilidad y evaluación de las guías. Además, el BPSO Host y los BPSO del país o región están emparejados con organizaciones de mentores que han experimentado el Programa de BPSO.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Contáctenos en BPSO@RNAO.CA

Visite el sitio web del programa Centros Comprometido con la Excelencia en Cuidados en www. RNAO.ca/bpg/bpso

CAPÍTULO

7

LOS BPSO PIONEROS: CREAR, SOSTENER Y EXPANDIR LAS CULTURAS BASADAS EN LA EVIDENCIA A TRAVÉS DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO

Shirlee M. Sharkey, CHE, MHSc, BScN, BA
Nancy Lefebre, FCCHL, Extra Fellow, CHE, MScN, BScN
Karen L. Ray, MSc, RN
Anne-Marie Malek, CHE, MHSA, BN, RN
Barbara Bell, CHE, MN, BScN, RN
Ru Taggar, MN, RN
Beth O'Leary, PMP
Tracey DasGupta, MN, RN

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Describir el papel de los innovadores y los primeros adoptantes en la implantación de las Guías de Buenas Prácticas (GBP) y en la creación de culturas de prácticas basadas en la evidencia.
- Identificar cómo utilizar los éxitos y los desafíos en la implantación de cambios a gran escala.
- Describir estrategias para el mantenimiento de las Guías de Buenas Prácticas.
- Entender la contribución del liderazgo a nivel ejecutivo en la creación de una cultura de práctica basada en la evidencia.
- Determinar las lecciones aprendidas a través de la experiencia de los Best Practice Spotlight Organizations (BPSO).

INTRODUCCIÓN

Los resultados sobre la calidad para los pacientes, los proveedores de atención sanitaria y las instituciones son el objetivo principal del sistema de salud actual (Canadian Institute of Health Information [CIHI], 2013). La atención debe basarse en la evidencia actual para asegurar que los resultados se logren de la mejor manera y de la forma más efectiva posible (DiCenso, 2003). Esto se ha convertido en el mandato original de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO): la creación de Guías de Buenas Prácticas Clínicas y la adopción de procesos científicos de implantación para cambiar la práctica (Grinspun, Virani, & Bajnok, 2002). Este capítulo describe la experiencia de tres organizaciones, de diferentes sectores de salud en Ontario, las cuales lograron la designación como Best Practice Spotlight Organizations (BPSO) de RNAO. Estas son: 1) Saint Elizabeth, una organización de atención sanitaria domiciliaria; 2) West Park Healthcare Centre, una organización de cuidados de rehabilitación y 3) Sunnybrook Health Sciences Centre, una organización de cuidados intensivos. Al compartir nuestros viajes, describimos nuestra decisión de involucrarnos en la práctica basada en la evidencia (EBP); nuestros éxitos y desafíos en la implantación de las Guías de Buenas Prácticas (GBP) sobre un periodo de 18 años; las estrategias de sostenibilidad y finalmente, cómo cada organización llevará su trabajo de BPSO hacia el futuro.

El vínculo profundo entre los entornos laborales de Enfermería y los resultados en salud es algo que las tres organizaciones descubrieron rápidamente (Duffield et al., 2011; Purdy et al., 2010). La cultura de una organización debe ser segura y de apoyo, lo que conduce a una contratación y retención efectivas, así como a la satisfacción en el trabajo. Al principio, las organizaciones que adoptaron estas guías solían dirigir las estrategias de liderazgo de manera intuitiva para crear una cultura de investigación y respeto por las enfermeras y por la atención que estas brindaban. Hoy en día, tenemos la suerte de contar con las Guías de RNAO para entornos laborales saludables (ver Capítulo 3, *Creación de entornos laborales saludables: permitiendo la excelencia clínica*), incluyendo la Guía de *Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería* (RNAO, 2013c) y la Herramienta para la Implantación de RNAO (2012), que articulan prácticas de liderazgo útiles y estrategias de implantación.

La Guía de *Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería* proporciona un marco organizativo para guiar los comportamientos de liderazgo para lograr "un entorno laboral saludable y resultados saludables para los pacientes, las enfermeras, el equipo, la institución y el sistema" (RNAO, 2013c, p. 16) (ver Figura 7.1). Este marco de trabajo aborda el contexto de las capacidades de liderazgo, a nivel organizativo y personal, las prácticas de liderazgo transformacional y los resultados relevantes a considerar. La guía está respaldada por una importante evidencia empírica y es útil y relevante para las enfermeras líderes de todo tipo de perfiles. Además, describe:

- Prácticas de liderazgo que dan lugar a resultados saludables para los pacientes, instituciones y sistemas.
- Resultados esperados de las prácticas de Enfermería eficaces.

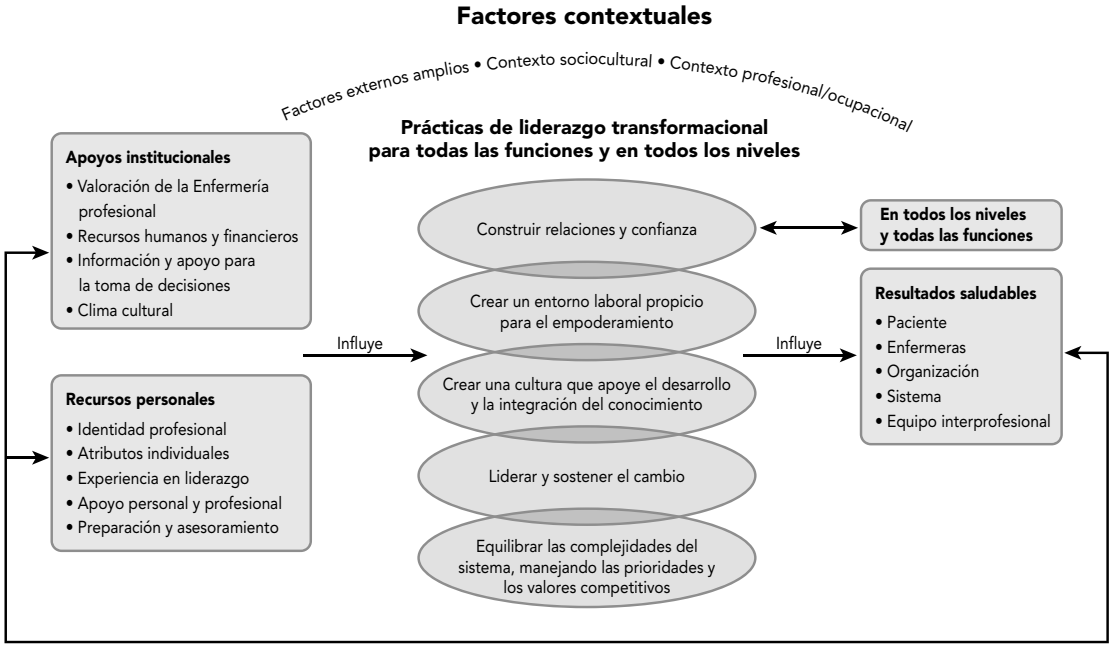


FIGURA 7.1 Modelo conceptual para desarrollar y mantener el liderazgo. Reimpreso con permiso de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (2013c).

A continuación, se presentan una serie de estudios de caso que reflejan el gran trabajo de las tres organizaciones que utilizan la estrategia de designación de BPSO y los apoyos relacionados para desarrollar una cultura basada en la evidencia en sus organizaciones.

E S T U D I O D E C A S O

SAINT ELIZABETH

Saint Elizabeth es una empresa social canadiense que proporciona atención domiciliaria, soluciones de salud y formación a las personas en cualquier lugar y cuando lo necesiten. Con más de 100 años de experiencia en salud comunitaria, la organización caritativa sin ánimo de lucro ha proporcionado 50 millones de intercambios de atención solamente en la última década y actualmente da empleo a un equipo de 9.000 enfermeras, terapeutas de rehabilitación y trabajadores de apoyo personal. El personal de Saint Elizabeth tiene una gran movilidad, está geográficamente disperso y anclado en los vecindarios locales. La atención se presta en el hogar y en la comunidad en todo Canadá a niños, adultos y personas de la tercera edad, con servicios que van desde la prevención y la promoción del bienestar hasta la atención postoperatoria y el control de afecciones crónicas como la diabetes, las heridas y los cuidados paliativos de hospicio.

PARA EMPEZAR

En los primeros días, antes de la llegada de la designación de BPSO, Saint Elizabeth asumió un papel de liderazgo en la prueba piloto de dos guías de RNAO: *Valoración y manejo de las úlceras venosas en las piernas* (2004a) y *Establecimiento de relaciones terapéuticas* (2006b). En ese momento, había una escasez de literatura publicada para guiar el proceso de integración de la evidencia en la práctica clínica.

Por consiguiente, utilizamos la Teoría de la difusión de innovaciones de Rogers (Rogers, 1995) para explorar cómo, por qué y a qué ritmo se propagan las nuevas ideas. Durante el proyecto piloto, las guías se aplicaron en Saint Elizabeth y en otras dos organizaciones asociadas. Como pioneros en la implantación de las Guías, esta experiencia sirvió de base para nuestros primeros

aprendizajes relacionados con los requisitos de infraestructura, el papel de la cultura institucional y la necesidad de estrategias de formación a medida. Los proyectos piloto nos permitieron aprender a pequeña escala antes de implantar las guías en toda la organización para lograr los siguientes objetivos del BPSO Designado.

AVANZAR HACIA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

En 2003, la idea de Saint Elizabeth era ser una "empresa de intercambio de conocimientos y cuidados" que creara, administrara, utilizara y compartiera conocimientos para el avance de la atención al paciente y de los resultados de la salud, con una fuerte base empírica en la que se basan tanto la toma de decisiones (por ejemplo, la toma de decisiones basada en la evidencia [DiCenso, Ciliska, & Guyatt, 2005]) como la práctica del cuidado de la salud. Trabajando con el modelo de la toma de decisiones basada en la evidencia (ver Figura 7.2) y en colaboración con nuestro personal, nos propusimos crear un clima de investigación crítica y una cultura que apoyase el uso de la evidencia desde la cama del paciente hasta la sala de juntas. La oportunidad de implantar y evaluar ampliamente las Guías en colaboración con RNAO proporcionó los recursos, el enfoque y una estrategia catalizadora para hacer avanzar nuestra idea.

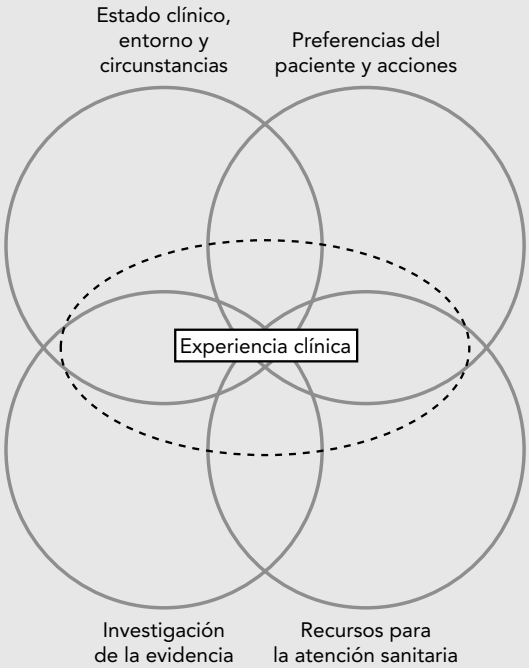


FIGURA 7.2 Un modelo para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.
DiCenso y otros, 2005. Usado con permiso.

Para mejorar nuestro conocimiento y apoyar un enfoque riguroso, se realizó una visita al Hospital de la Universidad de Iowa (UIH), un hospital reconocido, innovador y líder en el campo de la práctica basada en la evidencia. Durante las conversaciones con el personal en muchos niveles (desde la atención directa hasta el liderazgo ejecutivo) exploramos el papel de la cultura institucional, el liderazgo, la infraestructura, los procesos, la recolección de datos, el análisis y la presentación de informes. Un enfoque de Indagación Apreciativa (IA) (Stavros, Godwin y Cooperrider, 2015) se utilizó para documentar y categorizar las buenas estrategias en temas clave como la formación, la recompensa y el reconocimiento, las expectativas de actuación, los soportes de infraestructura, la estructura de la información, la cultura y el entorno externo. Stavros et al. (2015) sugieren que la IA es un cambio fundamental en la perspectiva que se centra en lo mejor de la organización y en su gente, lo que conduce al reconocimiento de los puntos fuertes e inspira esperanza sobre nuevas posibilidades. Este enfoque tuvo un impacto en nuestras estrategias a nivel individual (micro), institucional (meso) y de sistema (macro), las cuales se adaptaron y ajustaron a nuestro entorno organizacional y formaron la base de nuestra hoja de ruta de implantación.

Para asegurar el éxito en el futuro, Saint Elizabeth puso en marcha varias estructuras que eran consecuentes con los requisitos de BPSO (RNAO, 2017). En primer lugar, se designó a un Líder de proyecto para asegurar la alineación estratégica con la idea de la organización de liderazgo en conocimiento. En segundo lugar, se crearon estructuras internas para lograr la integración y alineación con otras actividades y prioridades en toda la organización. Desde el principio, establecimos un Comité Directivo de BPSO que incluía a líderes locales y de alto nivel, así como a representantes de la práctica profesional, la prestación de servicios, la investigación y las comunicaciones. La implantación contó además con el apoyo de un equipo de gestión de proyectos especializado. Una vez que se hubieron establecido las estructuras de los comités, se realizó una evaluación del entorno y de los grupos interesados en todos los lugares de implantación, tal como se describe en la *Herramienta: implantación de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO* (2012).

ÉXITOS

Como BPSO Designado, Saint Elizabeth ha estado involucrado en la prueba, desarrollo e implantación de más de 30 Guías de Buenas Prácticas de RNAO. Inicialmente, decidimos implantar una guía a la vez en 24 sitios locales, con el fin de promover la participación del personal y la plena integración de la Guía. El equipo de gestión del proyecto trabajó estrechamente con cada sitio para resolver los problemas de una manera creativa, identificar estrategias colectivas y cumplir con los plazos generales. Esto nos mantuvo en el buen camino y promovió la colaboración y el reconocimiento entre los equipos corporativos y locales. La

red clínica se complementó con una sólida relación de trabajo con el gerente local del centro, quien ayudó a garantizar una dotación de personal adecuada para brindar atención de alta calidad, recopilación de datos y toma de decisiones basadas en la evidencia y en los resultados clínicos.

La iniciativa de las Guías nos ayudó a mejorar los resultados clínicos, la transferencia de conocimientos y las relaciones profesionales en toda la organización. El conocimiento fluyó de nuestros consultores de práctica avanzada a nivel corporativo, a la red local de recursos clínicos y a la práctica comunitaria. En algunas áreas de especialidad, como los cuidados paliativos de hospicio, las enfermeras de recursos clínicos locales desempeñaron un papel activo como impulsoras de la guía, proporcionando asesoramiento y tutoría a sus pares (Ploeg et al., 2010). La iniciativa de las Guías puso a disposición talleres de preparación para impulsores y una conexión con una amplia red de impulsores de Guías y nos ayudó a identificar las áreas clínicas y geográficas en las que nuestra red de impulsores era más fuerte, así como las áreas que necesitaban más apoyo y desarrollo. Desde la implantación inicial de la Guía relacionada con el cuidado de heridas, se han mantenido excelentes resultados:

- El 100% de la reducción de heridas ocurre a los 30 días, superando nuestro objetivo cada trimestre año tras año.
- El 100% de las heridas sanaron a las 12 semanas o en menos tiempo.

Además, en cuidados paliativos relacionados con el dolor y la intensidad:

- Hemos mantenido con éxito el umbral de intensidad del dolor y la angustia para los pacientes en cuidados paliativos, superando los objetivos de las buenas prácticas (≤4/10) recomendadas por Cancer Care Ontario (Cancer Quality Council of Ontario, 2017).

Para cumplir con los requisitos de BPSO e implantar y sostener las Guías, las estrategias para la transferencia de conocimientos incluyeron paquetes formativos, documentación y políticas y procedimientos basados en la evidencia de las Guías. La formación se impartió a través de un enfoque de "formación de formadores" flexible a las necesidades locales y diseñado para implicar activamente a las enfermeras de atención directa en función de su horario de trabajo y de la realidad práctica. Aunque inicialmente planeamos impartir cursos de formación durante las reuniones semanales del equipo, rápidamente nos dimos cuenta de que se necesitaba un enfoque más creativo. En consecuencia, se creó un programa de aprendizaje en línea y un centro de recursos virtuales al que se podía acceder desde cualquier lugar, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las enfermeras también recibieron el apoyo de las Comunidades de Práctica virtuales, que proporcionaron un foro para el apoyo de pares y expertos, así como el acceso a la literatura.

A través de nuestro trabajo con las comunidades indígenas de todo Canadá, Saint Elizabeth vio una oportunidad para difundir aún más las Guías y respaldar unos resultados saludables más allá de nuestra propia organización cuando incorporamos las guías en nuestro Programa de Primeras Naciones, Inuit y Métis. Por ejemplo, la diabetes y las úlceras del pie diabético son un reto importante en las comunidades de las Primeras Naciones (Martens, Martin, O'Neil y MacKinnon, 2007) y la formación y las habilidades en el tratamiento de las úlceras del pie diabético fue uno de los puntos clave de nuestro trabajo de buenas prácticas. En Manitoba, nos asociamos con la Asamblea de Jefes de Manitoba (AMC, por sus siglas en inglés) en un proyecto financiado por el Ministerio de Salud de Canadá que se centró en la prevención, el tratamiento y el cuidado de la salud de úlceras del pie diabético dentro de un marco de tiempo de espera. Como parte de este proyecto, incorporamos la Guía de RNAO: *Evaluación y tratamiento de las úlceras del pie para personas con diabetes* (2013a) en la formación para enfermeras y trabajadores sanitarios de la comunidad y proporcionamos capacitación en habilidades, recursos y equipos para ayudar con el cuidado de las úlceras (Saint Elizabeth Health Care and Assembly of Manitoba Chiefs, 2011).

Esta iniciativa demuestra creatividad, compromiso y éxito en la difusión y mantenimiento de prácticas basadas en la evidencia en otros lugares y culturas. La AMC continuó para obtener fondos federales para ayudar a varias comunidades de Manitoba con tecnología para rastrear a los pacientes y asegurar el tratamiento y el seguimiento.

Garantizar un tratamiento adecuado para las personas con diabetes también ayudó a Saint Elizabeth a fortalecer las relaciones externas en Ontario. Por ejemplo, al implantar la Guía *Administración de insulina subcutánea en adultos con diabetes tipo 2* (RNAO, 2009), se hizo evidente que estábamos viendo una gran población de pacientes que necesitaban una atención más holística para la diabetes. Esto nos llevó a implantar la Guía *La diminución de las complicaciones del pie en las personas diabéticas* (RNAO, 2004b, 2007b). Además, se hizo evidente la necesidad de productos para heridas y dispositivos de descarga para esta población y, como resultado, mejoramos la comunicación con nuestros socios financiadores y fortalecimos nuestra alianza con clínicas hospitalarias locales y médicos especializados en el cuidado de heridas.

"Cuando las enfermeras se adhirieron y abogaron por el uso de las recomendaciones de las Guías de RNAO, la atención de los pacientes ha mejorado, en algunos casos, drásticamente. Las Guías ahora ayudan a las enfermeras a estructurar la atención al paciente y a 'articular lo que estamos tratando de hacer y por qué'. También aumentan la confianza de las enfermeras cuando hablan con pacientes y otros profesionales".

–Kay McGarvey, Saint Elizabeth CRN, Toronto SDC

DESAFÍOS

La naturaleza de la atención domiciliaria y nuestro entorno multicéntrico presentaron algunos desafíos únicos relacionados con la implantación de las Guías. Las enfermeras comunitarias de salud son trabajadoras del conocimiento altamente autónomas, móviles y dispersas geográficamente. Por lo tanto, nuestras estrategias de implantación tenían que ser flexibles y adaptables a esta realidad de práctica única. En ese momento, nuestra organización estaba creciendo rápidamente y se estaban produciendo muchos cambios en el entorno externo que hacían necesaria la contratación continua y la incorporación de nuevo personal. Nuestra orientación fue revisada para incorporar la iniciativa de BPSO, y el compromiso continuo de los preceptores y los impulsores fue fundamental en la transferencia de conocimientos (Ploeg et al., 2010).

Otra área de desafío fue la evaluación. Aunque teníamos un sólido programa de Mejora continua de la calidad, gran parte de los datos que estábamos recopilando estaban relacionados con el proceso de prestación de servicios, más que con indicadores y resultados clínicos específicos. La designación de BPSO nos ayudó a mejorar nuestras herramientas y procesos de recopilación de datos para proporcionar información oportuna sobre los resultados de la atención. Además, como la mayoría de las enfermeras visitantes ya utilizaban teléfonos móviles, pudimos recopilar datos clínicos con mayor facilidad en el punto de atención y seguirlo a través de las visitas con esta tecnología, capacitando a las enfermeras en el hogar para que lideren más la toma de decisiones y el cambio del plan de cuidado según sea necesario en base a los resultados.

SOSTENIBILIDAD

La sostenibilidad es un componente crítico de la designación de BPSO, y quizás el factor más importante a considerar cuando se implantan las Guías de Buenas Prácticas. Si las guías no están integradas en una organización, la práctica volverá rápidamente a su estado anterior. Para prevenir esto, es importante incorporar las guías en todos los aspectos de la prestación de atención para que las buenas prácticas se conviertan en parte de la "atención habitual". En Saint Elizabeth, la implantación y sostenibilidad diaria de las Guías se integraron en la estructura de nuestro programa clínico. La enfermera de práctica avanzada para cada área específica asume un papel de liderazgo en la supervisión de los resultados clínicos y la actualización de la formación, la documentación, las políticas y los procedimientos con la nueva evidencia. Trabajan con directores regionales, enfermeras de recursos clínicos, redes clínicas e impulsores locales para apoyar la formación y las mejoras continuas. La enfermera de práctica avanzada también apoya la integración de las guías a través de la atención continua, adaptándolas para su uso en todos nuestros servicios de salud, incluyendo el apoyo personal y la rehabilitación.

Para fomentar una alineación estratégica continua, Saint Elizabeth mantuvo la iniciativa de BPSO dentro del rol de liderazgo permanente del Gerente de Transferencia de Conocimiento, bajo la dirección del Vicepresidente de Conocimiento, Práctica y Servicios Clínicos. Esto nos permitió continuar trabajando con socios externos para asegurar que la evidencia fuera creada y utilizada en todo el sistema de salud. Como ejemplo, nos asociamos con otros centros BPSO, como el West Park Healthcare Centre (ver Estudio de caso) para implantar el proyecto de RNAO de la Guía de entornos laborales saludables *Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería* (2013c). También estamos continuamente involucrados con RNAO en la creación de nuevas guías y recursos, formando y asesorando a nuevos centros BPSO y trabajando con la colaboración de RNAO y el Nursing Best Practice Research Centre de la Universidad de Ottawa. En la Tabla 7.1 se describen los requisitos y oportunidades de los BPSO a través de RNAO que han sido y siguen siendo utilizados eficazmente por Saint Elizabeth para apoyar el uso inicial y sostenido de las Guías. Nuestra relación continua con RNAO ha jugado un papel clave para apoyar y mantener el cambio hacia una cultura basada en la evidencia y fomentar el liderazgo, el empoderamiento y la profesionalidad entre el personal de Saint Elizabeth.

TABLA 7.1 REQUISITOS Y OPORTUNIDADES DEL BPSO QUE PERMITEN LA IMPLANTACIÓN Y LA SOSTENIBILIDAD

REQUISITOS DEL BPSO QUE APOYAN LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS	REQUISITOS Y OPORTUNIDADES DEL BPSO QUE APOYAN EL SOSTENIMIENTO
Estado formal de BPSO y designación de BPSO	Miembros de los paneles de las Guías de RNAO
Acceso continuo al equipo de liderazgo del BPSO de RNAO	Miembro del panel para revisar otras propuestas de BPSO
Sesiones de seguimiento y de intercambio de conocimientos programadas con RNAO y otros BPSO	Miembro del grupo encargado de examinar las solicitudes de las oportunidades de asociación de RNAO
Herramienta de RNAO (2012) y enfoque sistemático para la implantación de las Guías	Contribuir a actividades de difusión del conocimiento, como eventos de aprendizaje o conferencias relacionadas con las Guías
Taller de Impulsores	Requisitos de presentación de manuscritos de la designación de BPSO
Se requiere que los informes de situación sean enviados a RNAO semestralmente	Aportar datos a NQuIRE® y utilizar informes en tiempo real sobre los indicadores de proceso y de resultados
Se requiere un puesto para el Líder de investigación y enlace de BPSO	Evaluación en curso y apoyo a la investigación por parte de RNAO y del Centro de Investigación de Buenas Prácticas de Enfermería de la Universidad de Ottawa
Becas de prácticas para apoyar el desarrollo de habilidades clínicas avanzadas ofrecidas a través de RNAO	Trabajo de mentores con los nuevos BPSO para proporcionar formación y apoyo

Quizás los factores más importantes para sostener las Guías han sido el mayor foco de atención de RNAO en la evaluación de las Guías a través del establecimiento de NQuIRE (Indicadores de Calidad Enfermera para la Monitorización y la Evaluación), un sistema internacional de base de datos de indicadores relacionados con las Guías (ver Capítulo 16, *Evaluación del impacto de las Guías: desarrollo y perfeccionamiento de NQuIRE*), y la recolección de datos de Saint Elizabeth y su presentación a este sistema a través de nuestro programa de mejora continua de la calidad. Este proceso ha sido incrementado a través de la recopilación electrónica de información, que ahora forma parte de nuestro proceso de auditoría y retroalimentación. Una evaluación del proceso de Saint Elizabeth fue realizada recientemente por Gifford et al. (2016), la cual mostró que los líderes operativos y clínicos están haciendo la planificación basándose en los datos. Nuestro siguiente paso es ampliar el intercambio de información con las enfermeras de atención directa para mejorar aún más la práctica.

"Ver la evolución de nuestra organización como una que utiliza la evidencia desde la cama del paciente hasta la sala de juntas para dar el mejor cuidado posible, para obtener los mejores resultados de cuidado para nuestros pacientes y para involucrar a nuestro personal en ese proceso... esa es la razón por la que continuamos siendo un BPSO".

–Nancy Lefebre
Directora Ejecutiva de la Clínica de Saint Elizabeth y Vicepresidenta de Conocimiento y Práctica

EL FUTURO

Con el tiempo, las organizaciones evolucionan en torno a temas emergentes que influyen en su dirección futura. En 2003, el tema del "conocimiento" fue la base de la evolución de Saint Elizabeth como empresa y como BPSO. Hoy en día, temas como la digitalización y la experiencia del consumidor (Advisory Panel on Healthcare Innovation, 2015) están a la vanguardia y, como resultado, las Guías y el conocimiento se están integrando en un marco digital que está anclado en la atención centrada en la persona y la familia, utilizando los aspectos de la Guía *Cuidados centrados en la persona y familia* (2015). En este trabajo, que refleja el enfoque de la Guía, nuestros pacientes y sus familias son centrales en el proceso de atención como parejas empoderadas y respetadas (RNAO, 2002, 2006a, 2006b, 2010, 2014). En el futuro, la toma de decisiones basada en la evidencia seguirá evolucionando con más énfasis en la toma de decisiones de gestión, además de la toma de decisiones relacionadas con la atención clínica. Esto ya está ocurriendo dentro y fuera de nuestra organización debido al rápido crecimiento de las amplias bases de datos y análisis predictivos (Canada Health Infoway, 2013). En respuesta a la creciente participación de los consumidores en el ámbito de la salud, finalmente se incluirán más resultados comunicados por los pacientes y un mayor enfoque en la experiencia del paciente y su familia. La integración en curso y el uso sostenido de las Guías de Buenas Prácticas se basarán en estrategias innovadoras de transferencia de conocimientos a medida que creamos y ofrecemos nuevos modelos de atención, automatizamos nuestros procesos y diseñamos el ambiente de práctica del mañana.

E S T U D I O D E C A S O

WEST PARK HEALTHCARE CENTRE

West Park Healthcare Centre (en adelante, el Centro) está ubicado en Toronto, Ontario, (Canadá) y proporciona una gama de servicios de rehabilitación postaguda y terciaria destinados a ayudar a las personas a "recuperar su vida" después de las alteraciones propias de la vida como las enfermedades o lesiones. La rehabilitación y la compleja atención continuada son fundamentales para el sistema de atención hospitalaria del Centro e incluyen programas para pacientes hospitalizados, pacientes externos, consultas externas y servicios diurnos. La subespecialización es el sello distintivo de la oferta de programas del Centro, que se centran en ayudar a las personas con problemas de salud difíciles (como la enfermedad pulmonar avanzada, la tuberculosis, la asistencia respiratoria a largo plazo, accidentes cerebrovasculares, lesiones cerebrales adquiridas, amputación y lesiones traumáticas) a recuperar sus vidas y darse cuenta de su potencial.

PARA EMPEZAR

A lo largo de los años, los programas y servicios del Centro han evolucionado para satisfacer las necesidades cambiantes de nuestras poblaciones de pacientes, así como diversos cambios en el sistema de salud.

Los problemas de contratación y retención, junto con las importantes presiones financieras, llevaron al Centro por el camino de la transformación de su modelo de prestación de atención a finales de los 90.

En consonancia con los cambios en el modelo de prestación atención, se reajustó la cartera de la práctica profesional para garantizar la aplicación satisfactoria del nuevo modelo de prestación de atención y la evolución simultánea del entorno de la práctica. Se estableció una estructura de práctica profesional centralizada dirigida por un director de práctica profesional y apoyada por nuevas funciones que incluían a enfermeras de práctica avanzada y enfermeras practicantes que se centraban en el avance de la práctica profesional y la mejora de la calidad de la atención al paciente.

Nuestra primera experiencia con las Guías de RNAO comenzó antes de nuestra candidatura de BPSO, con un trabajo de mejora de la calidad en el área de la prevención y el tratamiento de lesiones por presión (heridas). En aquel momento, una de nuestras enfermeras de práctica avanzada participó en el primer panel de desarrollo de las Guías de RNAO sobre lesiones por presión (heridas) y dirigió el trabajo de mejora del Centro en esta área. Las enfermeras de práctica avanzada del Centro son enfermeras tituladas que están preparadas a nivel de postgrado con profundos conocimientos de Enfermería y experiencia clínica para satisfacer las necesidades de los pacientes. Los resultados posteriores a la implantación demostraron una mejora del 55% en la incidencia de las lesiones por presión y proporcionaron un argumento convincente para el compromiso continuo con un enfoque integral y sostenido de la adopción de las Guías.

AVANZAR CON LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Los cambios en nuestra estructura de la práctica profesional proporcionaron una responsabilidad clara y de alto nivel para la práctica profesional y mejoraron las calificaciones de los líderes de la práctica, lo que posicionó al Centro para avanzar en la creación de un entorno de práctica basado en la evidencia. Los valores principales que tiene el Centro: respeto, innovación, excelencia y responsabilidad anclaron nuestro compromiso de desarrollar una cultura basada en la evidencia.

Reconociendo el cambio cultural que se requeriría para avanzar en esta dirección, se utilizó el Modelo de la estrella de Lawler (1996), un marco conceptual para la alineación cultural, para guiar nuestros esfuerzos de implantación (Galbraith 2001; Lawler, 1996), asegurándonos de que todas nuestras estructuras y procesos organizativos estuvieran alineados con una cultura basada en la evidencia y pudieran apoyarla. Ver la Figura 7.3.

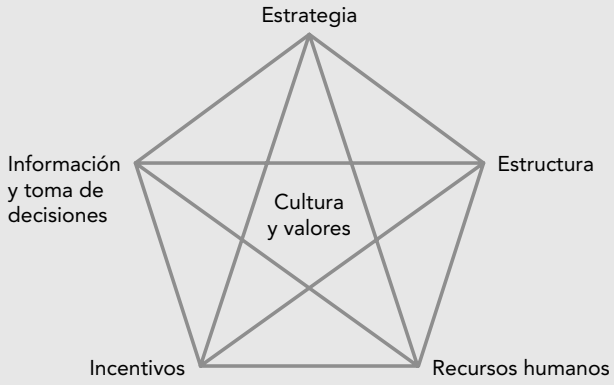


FIGURA 7.3 El modelo estrella.
Galbraith, J. R. Extraído de http://www.jaygalbraith.com/services/star-Model. Usado con permiso.

En el momento en que recibimos nuestra designación de BPSO en 2006, el Centro estaba en proceso de implantar tres Guías adicionales: *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2013b); *Atención centrada en el paciente* (RNAO, 2002); y *Prevención de caídas y reducción de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011b).

Al igual que en el estudio de caso de Saint Elizabeth, se puso en marcha un enfoque sistemático para la aplicación y evaluación de las Guías, utilizando la metodología de gestión de proyectos y aprovechando las estrategias de la consulta y el apoyo de orientación para los BPSO de RNAO y la Herramienta de implantación de RNAO (2012). Nuestras enfermeras de práctica avanzada lideraron la mayoría de los equipos de implantación.

Se desarrollaron enfoques y formaciones centrados en la implantación, tanto internamente como con ayuda externa, y reflejaron estrategias creativas tales como rompecabezas, juegos de roles y diversos procesos de aprendizaje experiencial para involucrar al personal. Una diferencia clave en el enfoque del Centro fue la creación de un grupo de trabajo interprofesional para establecer vínculos entre las disciplinas y los programas a fin de promover las prácticas de colaboración.

ÉXITOS

Las enfermeras líderes que se embarcaron en este viaje aportaron una visión clara y previsora al trabajo, junto con experiencia probada en la implantación, experiencia en el contenido y pasión. Además de los recursos personales, estas líderes de Enfermería influyeron en la práctica y los resultados a través de la construcción de relaciones, la creación de un ambiente de trabajo de empoderamiento y la dirección del cambio (RNAO, 2013c). Aunque experimentamos una rotación en algunos puestos de liderazgo (discutidos más adelante en "Desafíos"), un liderazgo ejecutivo consistente permitió un enfoque y un compromiso continuos con el mandato de BPSO.

El eje de nuestro éxito, por lo tanto, fue la función fundamental de nuestras líderes de Enfermería: enfermeras de recursos, enfermeras de práctica avanzada, jefas de Enfermería y jefas ejecutivas de Enfermería. Cada una de ellas contribuyó a nuestro éxito a través de una profunda comprensión de:

- Los beneficios fundamentales de las Guías en el avance de la atención al paciente y la práctica clínica.
- La alineación del mandato de BPSO con la visión y los valores de la organización.
- Las necesidades cambiantes de nuestros pacientes.
- El imperativo de la mejora de la calidad, la innovación y las soluciones sostenibles para la prestación de atención.

El cambio de la cultura de las organizaciones de salud hacia la práctica basada en la evidencia es una gran tarea y muchos grupos interesados desempeñaron un papel clave. Los líderes de alto nivel se comprometieron y participaron a lo largo de todo el proceso, proporcionando una consideración crítica en nuestro enfoque de implantación y decisiones reflexivas sobre cómo y dónde lanzar nuevas Guías. Esto ayudó a crear una "Llamada a la acción" en toda la organización, con enfoques creados conjuntamente con éxito y con una estrategia de comunicación multimodal eficaz.

También fue clave para el éxito del Centro un equipo interprofesional de proyectos que aseguró un enfoque colaborativo para la implantación de las guías, la evaluación clínica y la investigación. Los miembros del equipo interprofesional incluyeron enfermeras de práctica avanzada en gerontología y rehabilitación, informática clínica, psicología, farmacia clínica y medicina. Este enfoque alentó la expresión de diversas perspectivas y condujo a adaptaciones de las guías que eran específicas para nuestras poblaciones de pacientes, así como a la implantación y estrategias de evaluación específicas para nuestro contexto de establecimiento de la práctica. También nos apoyamos en la comunidad de práctica que estaba disponible para nosotros a través de RNAO, la cual proporcionó acceso a expertos clínicos, formación, tutoría y oportunidades de intercambio de conocimiento para nuestro personal.

Hoy en día, continuamos dándonos cuenta de los beneficios del uso sostenido de las Guías, tal como se evidencia en una serie de indicadores de recursos humanos y de resultados clínicos. Estos indicadores reflejan la satisfacción en el trabajo, que supera sistemáticamente al punto de referencia, como lo demuestran los resultados de nuestra encuesta sobre los resultados de la participación de los empleados de 2013 (ver Figura 7.4).

"El ámbito de la beca de mi práctica de enfermera clínica especialista ha sido respaldada a través del trabajo de los BPSO, permitiéndome hacer contribuciones al desarrollo del conocimiento de Enfermería y de la práctica basada en la evidencia".

–Barbara Anderson (Cowie), CNS/Enfermera Asesora de Continencia

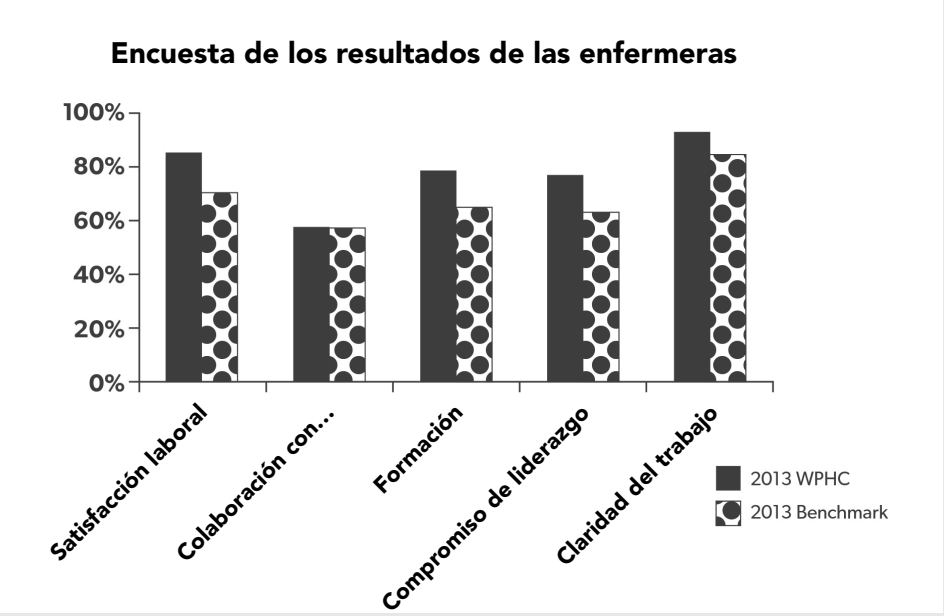


FIGURA 7.4 NRC, Encuesta de la experiencia de los empleados, 2013. Usado con permiso.

Los resultados clínicos también siguen mejorando, como lo demuestra la implantación de la Guía del dolor, lo que resulta en una reducción de más del 50% de los pacientes que informan sobre el dolor durante varios años, y una mejora de nuestro rendimiento muy por encima de la media provincial. Ver la Figura 7.5, que se basa en los datos recopilados por el West Park Healthcare Centre de los informes del Canadian Institute of Health Information del sistema de informes de atención continua compleja e informes a nivel de la institución (Complex Continuing Care Reporting System Facility Level Reports) para el West Park Healthcare Centre, 2006-07, 2009-10, 2012-13, 2015-16 y 2016-primer trimestre del 2017.

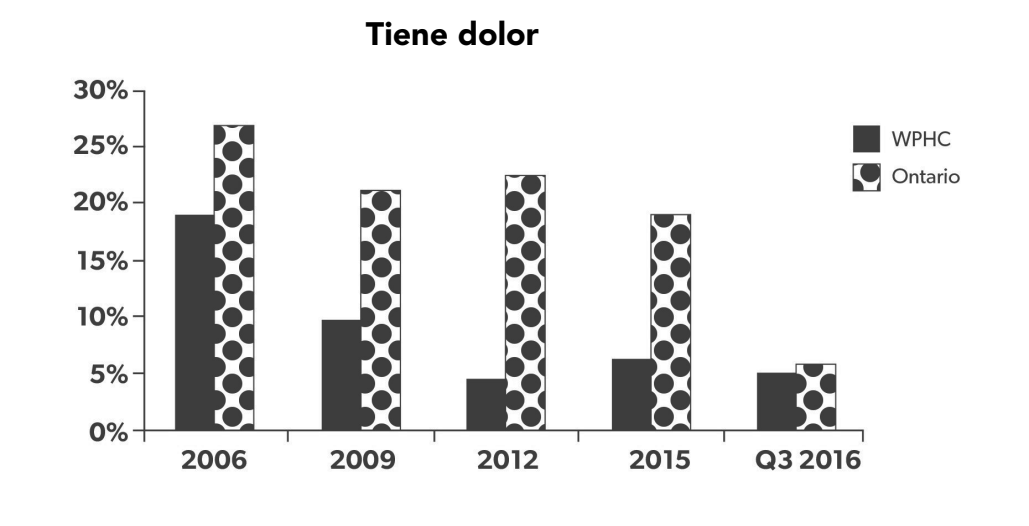


FIGURA 7.5 Informes de dolor, West Park Healthcare Centre contra Ontario Scores.
Usado con permiso.

"Un factor crítico para nuestro éxito fueron las enfermeras líderes que dirigieron al Centro en esta aventura y proporcionaron una visión clara, determinante y bien planificada del trabajo. Como BPSO, el desafío de implantar GBP en West Park ha fomentado un espíritu de investigación, ha permitido la colaboración interprofesional y ha inspirado la práctica de nuestro personal".

–Anne-Marie Malek, Presidenta y Gerente de la Organización.

DESAFÍOS

Uno de los mayores desafíos de ser uno de los primeros en adoptar el sistema fue que éramos el único hospital de rehabilitación y de atención continua complejo designado como BPSO en un principio. No tuvimos el beneficio de poder consultar con un hospital de pares a través del proceso o mientras desarrollábamos los recursos de implantación. La implantación y la sostenibilidad requieren una visión a largo plazo de las políticas de asignación de recursos, incluida la participación en curso y el desarrollo del personal, el rediseño de los procesos asistenciales y el desarrollo de diversas herramientas clínicas como la incorporación de Guías en la historia clínica electrónica del paciente.

Factores ambientales tales como la competencia entre prácticas e iniciativas corporativas, eventos clínicos como el brote de síndrome respiratorio agudo severo en Ontario, Canadá, en 2003, así como Enfermería superior y clínica líder en facturación presentó nuevos retos a nuestra implantación de las Guías. El volumen de negocios de los líderes de Enfermería tuvo un profundo impacto, ya que resultó en una pérdida de experiencia y creó un efecto de "parar/empezar" en las relaciones y el compromiso con el personal.

Sin embargo, la adversidad nos ayudó a reafirmar nuestro compromiso con el mandato de la designación de BPSO, a involucrar a nuevos líderes y a ser más flexibles y creativos en nuestros enfoques de implantación. De hecho, muchos de estos desafíos se facilitaron gracias a nuestra asociación con RNAO y al intercambio de ideas y aprendizaje compartido, que proporcionó apoyo a las enfermeras de práctica avanzada que dirigieron la implantación. Hoy en día, uno de nuestros mayores desafíos sigue siendo el esfuerzo permanente hacia el desarrollo de la práctica, una metodología habilitadora que apoya la implantación en curso y la sostenibilidad de las Guías.

SOSTENIBILIDAD

Más de una década después de nuestra designación como BPSO, nos hemos dado cuenta del valor de este trabajo una y otra vez y seguimos comprometidos con nuestro mandato de

BPSO. Un liderazgo comprometido y un ambiente de práctica empoderado son esenciales para mantener el trabajo. Nuestras estrategias de sostenibilidad han incluido el uso de la tecnología para incorporar las Guías en la documentación de Enfermería, el acceso a datos clínicos para medir los resultados y la participación continuada en las actividades de RNAO descritas en la Tabla 7.1. Hemos estado firmes en nuestra idea de crear un sistema basado en la evidencia de la práctica y el valor de ese compromiso ha sido fundamental para mejorar la atención al paciente y mejorar la práctica profesional en el Centro.

Para facilitar y mantener el cambio de prácticas, el Centro adoptó la metodología de desarrollo de prácticas (Manely, McCormack, & Wilson, 2008) para guiar el cambio sistemático y permitir que las enfermeras transformasen la cultura y el contexto de la atención. Según Manely et al. (2008), el desarrollo de la práctica se basa en una filosofía centrada en la persona y respaldada por facilitadores que ayudan al personal a reflexionar sobre su práctica al identificar la naturaleza de la experiencia y su impacto en los pacientes y en ellos personal y profesionalmente. Esta metodología se ajustaba bien a las Guías de entornos laborales saludables de RNAO (ver Capítulo 3, *Creación de entornos laborales saludables: permitiendo la excelencia clínica*) y a la literatura de transferencia de conocimientos, tal y como se refleja en la Herramienta de implantación de RNAO (2012), que han guiado nuestra comunicación, construcción de conocimiento, cambio de comportamiento, reconocimiento e integración de las Guías en el tejido del Centro. A través de una estrategia de facilitación, los equipos están capacitados para centrarse en la excelencia a través de un proceso continuo de la mejora mediante el establecimiento y el seguimiento de normas y objetivos.

Al mismo tiempo, el mayor acceso a la información clínica y el apoyo a la toma de decisiones han hecho avanzar aún más la toma de decisiones clínicas y administrativas. Los indicadores de calidad y el enfoque del cuadro de mando integral pusieron de relieve los éxitos y las oportunidades en materia de actuación. Además de los indicadores de calidad existentes, el NQuIRE de RNAO proporciona un sistema de datos exhaustivo para monitorizar sistemáticamente la estructura de recursos humanos, los procesos y los indicadores de resultados, lo que aumenta nuestra capacidad para evaluar los resultados de la implantación de las Guías. El inventario de las Guías disponibles se revisa de forma continua a medida que identificamos las lagunas y los planes para el futuro. Por ejemplo, nuestro enfoque en los cuidados paliativos nos ha llevado a utilizar la Guía de *Atención al final de la vida durante los últimos días y horas* (RNAO, 2011a), para desarrollar e implantar entrevistas cómodas. En cumplimiento de un requisito de BPSO Designado, y de acuerdo con los objetivos de la práctica profesional del personal, se redactó un manuscrito que detallaba el proceso y los resultados, que fue aceptado para su publicación en una revista como medio para difundir nuestros conocimientos y resultados (Konietzny & Anderson, 2018).

"Las Guías proporcionan unos cimientos basados en la evidencia a partir de los cuales se puede desarrollar la práctica. Esta base es crítica para el avance de la atención en Enfermería y la mejora de los resultados en salud de los pacientes".

–Barbara Bell, Jefa de Enfermería

EL FUTURO

Con la creciente complejidad de las poblaciones de pacientes, la implantación y sostenibilidad de las Guías continuará siendo esencial para la búsqueda de la excelencia en el campo clínico de la práctica y el cuidado de los pacientes. Como BPSO, acabamos de ver cuán fundamental ha sido la implantación de las Guías para mejorar el cuidado de los pacientes y el avance de los profesionales en el Centro. Las Guías han fomentado y seguirán fomentando un espíritu de investigación, permitiendo el diálogo interprofesional e inspirando la práctica de las enfermeras en las distintas etapas de sus carreras (RNAO, 2007a). A medida que nuestros programas y servicios evolucionan para satisfacer las necesidades cambiantes de los pacientes a los que atendemos, también lo hacen la práctica y la prestación de atención. Las Guías que han sido rigurosamente desarrolladas por RNAO, y su atención a la transferencia de conocimientos y la evaluación, son herramientas eficaces para lograr este propósito.

E S T U D I O D E C A S O

SUNNYBROOK HEALTH SCIENCES CENTRE

Sunnybrook es un gran centro académico de ciencias de la salud que está totalmente afiliado a la Universidad de Toronto, ubicada en Toronto, Ontario (Canadá). Con 1,2 millones de visitas de pacientes cada año, Sunnybrook se ha establecido en tres campus y es el hogar del centro de trauma más grande de Canadá. Sunnybrook tiene nueve programas clínicos y 10.000 empleados que comparten nuestra idea: "Inventar el futuro de la salud".

PARA EMPEZAR

Sunnybrook Health Sciences Centre (SHSC) comenzó su viaje para convertirse en BPSO en 2012 con el propósito principal de seleccionar e implantar las Guías de RNAO que tuvieran el mayor impacto en los resultados de salud y bienestar de nuestros pacientes. La iniciativa de BPSO tenía por objeto establecer formas para integrar el nuevo aprendizaje y la evidencia en la práctica y aumentar la comunicación sobre los resultados en salud de los pacientes y la prestación de atención. También reconocimos que la iniciativa se ajustaba bien a nuestra estrategia de colaboración interprofesional para fomentar las relaciones de colaboración. En consecuencia, al inicio de nuestra candidatura a centro BPSO, pensamos en aprovechar el talento y la experiencia de todo nuestro personal con la idea de "lograr un entorno de colaboración interprofesional que se centre en lo que importa y lo que es importante para los pacientes". Hasta la fecha, hemos tenido éxito en el cumplimiento de nuestros objetivos y los requisitos del BPSO y como resultado hemos logrado impactos significativos en la práctica, la formación, la investigación y el liderazgo.

Como parte del logro de estos resultados, hemos invertido una gran cantidad de tiempo y energía en el desarrollo de un plan integral en el que:

- Utilizamos como mapa la Herramienta de implantación de RNAO (2012).
- Conectamos con líderes de organizaciones con experiencia previa en BPSO.
- Construimos nuestro propio conocimiento y experiencia a través de programas de aprendizaje formal como los cursos de Guías de RNAO.
- Adoptamos marcos para la implantación y la sostenibilidad.
- Creamos un comité directivo interprofesional de buenas prácticas y una infraestructura de apoyo.
- Nos comprometimos con programas para identificar nuevas oportunidades de enfoque.
- Desarrollamos un plan de implantación, organizando un trabajo de buenas prácticas a lo largo de los años de candidatura a BPSO.

Además, en una organización grande y compleja, entendimos la necesidad de darle a este trabajo un reconocimiento distintivo. Junto con nuestro equipo de líderes en comunicaciones y medios, creamos el logotipo: "Las buenas prácticas importan" e ilustraciones (Figura 7.6) que fueron y siguen utilizándose para poner de relieve las buenas prácticas a través de estrategias de comunicación y sensibilización.



FIGURA 7.6 El logotipo "Las buenas prácticas importan" del Sunnybrook Health Science Centre. Usado con permiso.

ÉXITOS

Al principio de nuestra candidatura a BPSO, uno de nuestros principales éxitos fue la alineación significativa creada con nuestro Consejo de Enfermería, un organismo que cuenta con representación de enfermeras de unidades de todo el hospital. Desde el primer año de la candidatura hasta hoy, los miembros del Consejo de Enfermería se han involucrado como grupos interesados clave: informando, asesorando, participando en la implantación y sirviendo como conducto para las buenas prácticas con otras profesiones de la salud. El comité directivo de buenas prácticas contribuyó a asegurar que se incluyera el trabajo del BPSO en áreas no clínicas como en las prácticas de contratación de recursos humanos, la orientación del personal, la revisión de la actuación y el Plan estratégico de calidad 2017-2020.

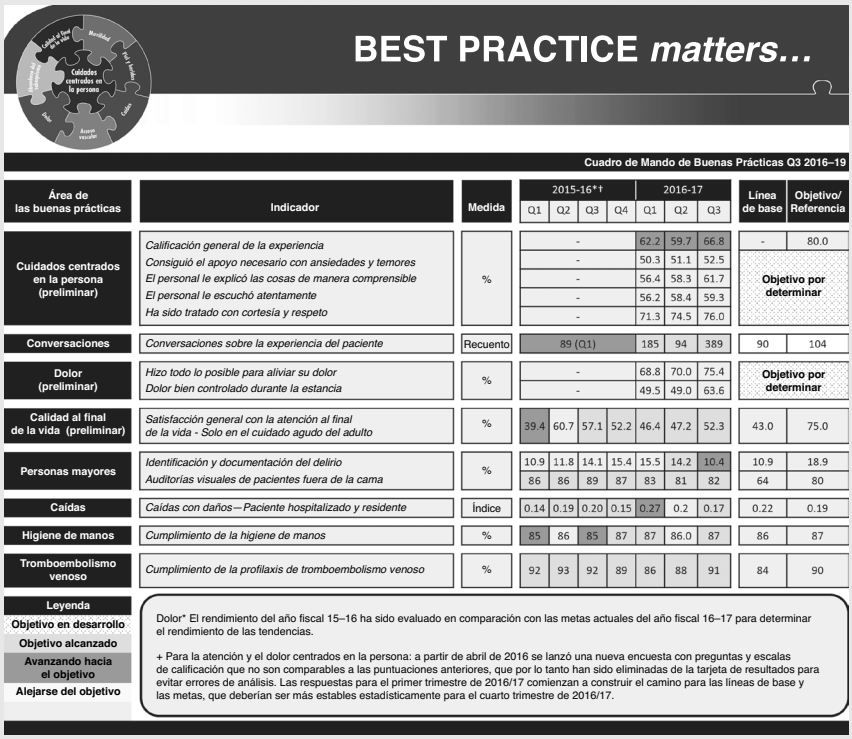
Ajustar las Guías dentro de nuestros planes de mejora de la calidad ha sido un punto central desde el principio y hemos continuado añadiendo indicadores para la atención centrada en la persona, la reducción del riesgo de caídas, la movilización de los pacientes y la precisión del delirio durante los últimos años. Esto proporcionó una visibilidad adicional de estas intervenciones, tanto internas como externas, a la organización. Asimismo, se creó un cuadro de mando de Guías (Figura 7.7) para ajustarlo a nuestro portal corporativo de mejora de la calidad y perfilar las métricas trimestrales para cada una de las buenas prácticas.

Con el tiempo y con apoyo, los equipos están creciendo en su capacidad de revisar la actuación, discutir mejoras y crear planes de acción locales para mejorar los resultados en salud de los pacientes. Utilizan tres preguntas orientativas para ayudarles a revisar sus datos:

1. ¿Cuál es nuestra situación actual?
2. ¿Cómo nos movemos hacia el objetivo?
3. ¿Qué tenemos que hacer para seguir mejorando?

"Los médicos harán que las cosas sucedan, cuando entiendan por qué el cambio es necesario."

–Sonia Dyal
APN del Departamento de Salud Mental y Elaine Ávila, Educadora Clínica de las unidades de oncología hospitalaria



Cuadro de Mando de Buenas Prácticas Q3 2016–19

Área de las buenas prácticas	Indicador	Medida	2015-16*† Q1	Q2	Q3	Q4	2016-17 Q1	Q2	Q3	Línea de base	Objetivo/ Referencia
Cuidados centrados en la persona (preliminar)	*Calificación general de la experiencia*	%	-				62.2	59.7	66.8	-	80.0
	Consiguió el apoyo necesario con ansiedades y temores		-				50.3	51.1	52.5	Objetivo por determinar	
	El personal le explicó las cosas de manera comprensible		-				56.4	58.3	61.7		
	El personal le escuchó atentamente		-				56.2	58.4	59.3		
	Ha sido tratado con cortesía y respeto		-				71.3	74.5	76.0		
Conversaciones	*Conversaciones sobre la experiencia del paciente*	Recuento	89 (Q1)				185	94	389	90	104
Dolor (preliminar)	*Hizo todo lo posible para aliviar su dolor*	%	-				68.8	70.0	75.4	Objetivo por determinar	
	Dolor bien controlado durante la estancia		-				49.5	49.0	63.6		
Calidad al final de la vida (preliminar)	*Satisfacción general con la atención al final de la vida - Solo en el cuidado agudo del adulto*	%	39.4	60.7	57.1	52.2	46.4	47.2	52.3	43.0	75.0
Personas mayores	*Identificación y documentación del delirio*	%	10.9	11.8	14.1	15.4	15.5	14.2	10.4	10.9	18.9
	Auditorías visuales de pacientes fuera de la cama		86	86	89	87	83	81	82	64	80
Caídas	*Caídas con daños—Paciente hospitalizado y residente*	Índice	0.14	0.19	0.20	0.15	0.27	0.2	0.17	0.22	0.19
Higiene de manos	*Cumplimiento de la higiene de manos*	%	85	86	85	87	87	86.0	87	86	87
Tromboembolismo venoso	*Cumplimiento de la profilaxis de tromboembolismo venoso*	%	92	93	92	89	86	88	91	84	90

Leyenda
Objetivo en desarrollo
Objetivo alcanzado
Avanzando hacia el objetivo
Alejarse del objetivo

Dolor* El rendimiento del año fiscal 15–16 ha sido evaluado en comparación con las metas actuales del año fiscal 16–17 para determinar el rendimiento de las tendencias.

+ Para la atención y el dolor centrados en la persona: a partir de abril de 2016 se lanzó una nueva encuesta con preguntas y escalas de calificación que no son comparables a las puntuaciones anteriores, que por lo tanto han sido eliminadas de la tarjeta de resultados para evitar errores de análisis. Las respuestas para el primer trimestre de 2016/17 comienzan a construir el camino para las líneas de base y las metas, que deberían ser más estables estadísticamente para el cuarto trimestre de 2016/17.

FIGURA 7.7 Datos del cuadro de mandos de Guías del Sunnybrook Health Sciences Centre. Usado con permiso.

Como resultado de estas iniciativas de calidad, hemos visto mejoras en los resultados de los pacientes, incluyendo las siguientes:

- Reducción de la incidencia de úlceras por presión del 6,4% (2011) al 4,7% (2016).
- Resultados de satisfacción positivos en el porcentaje de calidad de vida, que aumenta del 43% en el cuarto trimestre de 2012/13 al 68% en el cuarto trimestre de 2016/17.
- Tendencias positivas tanto en la experiencia del paciente como en los resultados del dolor en la nueva herramienta canadiense de encuesta sobre la experiencia del paciente.
- Caídas con daños/1.000 días de pacientes cumpliendo el objetivo en 8 de los 12 trimestres.
- Movilización del 80% de los pacientes tres veces al día en 31 unidades de atención al paciente, durante más de 3 años.
- Mejoras en la precisión, prevención y gestión del delirio.
- 2.395 conversaciones de planificación avanzada de cuidados documentadas desde 2015.

Hay otros trabajos en curso en los que se prevén efectos futuros en toda la organización, incluso en esferas relacionadas con la gestión y prevención de la violencia y la gestión de los comportamientos de alto riesgo.

El SHSC comenzó a introducir datos en el sistema de datos exhaustivo NQuIRE de RNAO en 2016. Se están enviando datos para tres Guías de Buenas Prácticas de RNAO: *Valoración y manejo del dolor* (2013b), *Prevención de caídas y reducción de lesiones derivadas de las caídas (*2011b) y *Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales* (2016), de las unidades de nuestros programas oncológicos, de rehabilitación, de traumatismos y osteomusculares. Nos encontramos en una etapa relativamente temprana de presentación, anticipando que los datos proporcionarán una mayor comprensión de nuestro proceso y de las medidas de los resultados, así como de la interacción con nuestros indicadores estructurales de recursos humanos (por ejemplo, dotación de personal, ausentismo por combinación de capacidades y uso de los organismos).

Además de ser parte del programa de mejora de la calidad, también se alienta al personal de Sunnybrook a participar en actividades de Investigación e innovación basada en la práctica (PBRI, por sus siglas en inglés). Una parte muy interesante de nuestra historia ha sido el creciente interés y ajuste entre las dos iniciativas. Como prueba de ello, de las 26 solicitudes de PBRI presentadas para trabajar en 2017/18, 11 están directamente relacionadas con las prioridades de mejores prácticas. Para cada una de estas presentaciones, un Líder de Mejores Prácticas sirve como mentor, facilitando la conectividad del trabajo y la sostenibilidad después de la confraternidad. Las oportunidades de becas anteriores han logrado resultados significativos, como un aumento del 40% en la movilización de pacientes, un aumento del 34% tanto en la evaluación del dolor cada 4 horas como en la reevaluación del dolor después de la administración de analgésicos, un cambio en la frecuencia de los cambios de apósito y la adopción de una herramienta de agrupación de la atención.

Un gran éxito ha sido el desarrollo de más de 550 empleados interprofesionales de atención directa como impulsores, superando el requisito del 15% de BPSO. Los impulsores son personas que aportan pasión a la mejora de la atención al paciente y promueven, forman e inspiran activamente a otros para que implanten el cambio y adopten la evidencia en la atención diaria. Cada impulsor participa en un taller introductorio de mejora de la calidad avalado por RNAO, consecuente con el plan de estudios de la red de impulsores de Guías de RNAO y dirigido por nuestro departamento de calidad y seguridad del paciente. El taller proporciona a los impulsores los conocimientos y herramientas fundamentales para dirigir y sostener el cambio. Luego, trabajan con sus equipos locales para liderar el trabajo de mejora de la calidad basado en la implantación de las Guías y mostrar sus resultados en eventos en todo el hospital.

Para apoyar a los impulsores, creamos un nuevo e innovador rol de “coordinador de cambio de buenas prácticas”. los coordinadores de cambio son clínicos que saben cómo funcionan las cosas, tienen conexiones con sus colegas y pueden traducir la teoría en práctica. En cada uno de nuestros años de candidatura, contratamos a tres empleados interprofesionales de atención directa para asesorar a los impulsores aproximadamente 2 días al mes. Debido al éxito de esta estrategia, este importante papel se ha mantenido. Como resultado de esta oportunidad de desarrollo, muchos Impulsores han pasado a estudios de postgrado, mientras que cada uno de nuestros coordinadores de cambio ha pasado a desempeñar funciones formales de liderazgo.

"Como coordinadora de cambio de buenas prácticas, estoy aprendiendo y creciendo a través de experiencias con Impulsores y líderes en todo el hospital. Estoy muy orgullosa de sentir que juntos estamos mejorando el cuidado de nuestros pacientes".

–Marcia Fisher, Coordinadora de Cambio de Buenas Prácticas

DESAFÍOS

En Sunnybrook, estamos encantados de ver los muchos logros que se han conseguido a través de nuestro viaje para convertirnos en BPSO. Como en cualquier viaje, ha habido baches en el camino, giros y vueltas que nos han llevado a reflexionar y a preguntarnos: "¿sería aún mejor si...?" El tiempo limitado, las demandas competitivas y el avance de cambios significativos en una organización grande y con múltiples sedes se encuentran entre nuestros mayores desafíos. A pesar de sus mejores intenciones, el personal a menudo tiene dificultades para asumir trabajo adicional y se enfrenta al reto de encontrar tiempo para concentrarse en iniciativas, planificar intervenciones, asistir a reuniones e involucrar a sus colegas para fomentar ideas de cambio.

Sentimos que las soluciones están en los propios retos y continuamente nos preguntamos a nosotros mismos si podemos pensar de manera innovadora para:

- Combinar e integrar las buenas prácticas para que no sean consideradas como aditivos.
- Influir en las perspectivas de los líderes para ayudarles a reconocer que el modelado de las Guías es una de las mejores maneras de influir en el cambio.
- Construir tecnología que capture datos y facilite el acceso a lo que necesitamos saber.
- Involucrar a la organización para que se concentre y colabore en las prioridades y soluciones clave, reconociendo que algunas tendrán mayor prioridad en diferentes momentos.

Creemos que cuando la organización está comprometida en un diálogo continuo sobre cómo se ve "aún mejor", podemos crear juntos un futuro que tenga sentido, que sea significativo y que tenga un gran impacto.

SOSTENIBILIDAD

Comenzamos nuestro viaje para convertirnos en BPSO explícitamente con la intención de establecer un proceso que respaldara todo nuestro trabajo. Hemos desarrollado y continuado perfeccionando aspectos de nuestro programa, construyendo sobre lo que funciona y cambiando lo que no funciona. Contamos con una amplia delegación de Impulsores, líderes locales comprometidos, verdadera credibilidad para las buenas prácticas en toda la organización y mecanismos de presentación de informes que han sido arraigados y se ajustan a las prioridades clave de la organización. Las buenas prácticas han contado con el apoyo de los directores de operaciones que han hecho de este trabajo una prioridad dentro de sus programas. Los informes se envían regularmente a nuestro Comité Interprofesional de Calidad, que proporciona asesoramiento y apoyo adicional. También continuamos aprovechando todas las actividades de RNAO como se indica en la Tabla 7.1. Aunque todavía nos queda mucho por hacer, las estructuras están claramente establecidas para mantener las buenas prácticas en el futuro.

EL FUTURO

En Sunnybrook, estamos trabajando muy duro para desarrollar continuamente mecanismos de apoyo a los impulsores y permitirles saber fácilmente dónde se requiere atención para optimizar los resultados de los pacientes y mejorar la experiencia del paciente.

Un cambio formidable en la práctica que ha resultado de este trabajo ha sido la identificación e implantación de un enfoque a nivel de todo el sistema para la participación de los pacientes. En 2012, antes del desarrollo de la Guía de RNAO, *Cuidados centrados en la persona y familia* (2015), se pidió a 158 parejas de pacientes y familiares y a 238 miembros del personal que identificaran las recomendaciones necesarias para avanzar con un enfoque de la atención centrado en la persona. Como resultado del compromiso continuo de los grupos de interés, y con el apoyo de las Guías de RNAO, Sunnybrook está integrando procesos coherentes para estandarizar el compromiso y promover un sistema de atención sin fisuras para nuestros pacientes.

También estamos muy entusiasmados con el reciente lanzamiento del nuevo Plan estratégico y de calidad de Sunnybrook, que no solo articula el trabajo clave que se necesita en toda la organización, sino que también involucra al personal en la mejora orientada a la acción a través de conversaciones de calidad. Seguimos compartiendo historias de conexión e inspiración, de experiencias de atención y liderazgo en nuestros hospitales. Estamos ganando y creciendo juntos, esforzándonos para asegurar que los óptimos resultados en salud de los pacientes sean una obsesión para todos.

PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR

Pensando en los tres estudios de caso presentados en este capítulo:

1. ¿Cuál es el contexto para las Guías en su organización?
2. ¿Cómo podría aprovechar la tecnología de la comunicación, como la Comunidad de práctica de los BPSO de RNAO (que conecta a todos los BPSO de todo el mundo a través de una plataforma segura de intercambio y discusión tecnológica) en la implantación de las Guías?
3. ¿Cuáles de las prácticas de liderazgo descritas en la Guía de liderazgo de RNAO (2013c) serían más beneficiosas para comenzar a implantar las Guías dentro de su organización?
4. ¿Qué prácticas de liderazgo serían más beneficiosas para mantener las Guías dentro de su organización?

CONCLUSIÓN

En conclusión, la implantación y el mantenimiento de la práctica basada en la evidencia es un paso importante para mejorar la prestación de atención y la calidad de los resultados. Se requiere liderazgo en todos los niveles de un centro BPSO, junto con estrategias que cambian y evolucionan con el tiempo. Los líderes de la primera cohorte pionera de BPSO (los dos primeros estudios de caso) dieron un valiente paso hacia lo desconocido, utilizando muchas técnicas nuevas educativas y plataformas electrónicas, evidencia emergente sobre la ciencia de la implantación y herramientas y recursos que estaban siendo desarrollados "sobre la marcha". Afortunadamente, los BPSO posteriores (el estudio de caso de Sunnybrook Health Sciences Centre) pudieron aprender de estas experiencias y "dar un salto hacia delante" en el desarrollo de nuevos enfoques para la participación, los métodos de implantación y los sistemas de información. Nuestra esperanza es que el análisis de nuestra experiencia facilite alguna información para otros que estén considerando este viaje. Aunque solo sea para los valientes, el esfuerzo vale la pena, ya que el uso de las Guías mejora los resultados para los pacientes, las enfermeras y otros proveedores de atención sanitaria, las instituciones de la salud y el sistema de salud en su conjunto.

MENSAJES CLAVE

En este capítulo se ha descrito la experiencia de tres BPSO que implantaron y mantuvieron muchas Guías de RNAO durante los últimos 18 años. Aunque cada organización ha tenido una experiencia única, hemos encontrado varios mensajes clave comunes en todas las organizaciones. Muchos de nuestros puntos de vista se basan en las cinco prácticas de liderazgo de transformación que se encuentran en la Guía *Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería* (RNAO, 2013c).

CONSTRUIR RELACIONES Y CONFIANZA

La implantación y el mantenimiento de las Guías de Practica Clínica realmente se reduce a escuchar al personal a través de mecanismos de investigación apreciativa (Stavros et al., 2015) y a trabajar con ellos con el fin de proporcionar el mejor conocimiento posible y crear equipos y asociaciones. Por lo tanto, la comunicación con los grupos interesados a lo largo de la etapa de implantación es fundamental para

mantener a todos involucrados. Es imperativo comprender la visión de la organización y la alineación estratégica de la práctica basada en la evidencia. Una lección clave aprendida fue que, aunque es importante tener un plan de comunicación sólido durante la implantación, es igualmente importante mantener la comunicación interna y tener una estrategia que continúe perfilando, celebrando y reconociendo las iniciativas del BPSO.

CREAR UN AMBIENTE LABORAL PROPICIO PARA EL EMPODERAMIENTO

El entorno laboral tiene un impacto significativo en la prestación de cuidados y es un aspecto importante en la implantación y la sostenibilidad. El personal debe sentirse respetado y tener los conocimientos y habilidades profesionales que necesita para desempeñar sus funciones. Es importante que el personal se sienta parte de una visión compartida y comprenda que los logros de las buenas prácticas son el resultado de los esfuerzos coordinados de todo el personal. El tiempo, la planificación, el enfoque, el liderazgo, la estructura y los recursos son puntos fundamentales para la práctica basada en la evidencia. Mientras que la implantación inicial se centró en la Enfermería, hoy en día la atención es brindada por equipos interprofesionales, lo que significa que las organizaciones necesitan un enfoque que promueva la colaboración interprofesional a fin de empoderar a todos los trabajadores y mantener el impulso en todas las disciplinas. Además, es necesario contar con impulsores en todos los niveles de la organización para crear conciencia sobre el uso de la evidencia y para animar a aquellos que utilizan las guías para lograr una atención de calidad.

CREAR UNA CULTURA QUE APOYE EL DESARROLLO Y LA INTEGRACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Parte de un entorno laboral propicio para el empoderamiento también incluye una cultura que apoya el desarrollo y la integración del conocimiento. Es necesario que esta visión se extienda desde la alta gerencia hasta el nivel del programa, donde los expertos en atención clínica ayudan a seleccionar las guías apropiadas para el entorno, las adaptan para que se ajusten a la organización y las traducen en recomendaciones estandarizadas o personalizadas. La formación debe estar disponible para todo el personal y el conocimiento debe integrarse en los sistemas de documentación para la recolección de datos en el punto de atención en el sistema de Mejora Continua de la Calidad. Estos resultados deben ser revisados a través de bases de datos para ayudar a identificar las áreas de enfoque y de mejora.

LIDERAR Y SOSTENER EL CAMBIO

El cambio puede ser difícil. Se trata de un proceso que lleva tiempo y que requiere múltiples estrategias que se deben aplicar en la práctica, como se indica en el Capítulo 4 de la Herramienta de Implantación de RNAO (2012). Los desafíos pueden verse exacerbados por el alto crecimiento del personal, la rotación y la necesidad de proporcionar al personal tiempo fuera del entorno laboral para recibir las Guías y la formación sobre la ciencia de la implantación. Los líderes de proyecto necesitan ser ágiles, resistentes, comprometidos con la iniciativa y flexibles en su planteamiento. El personal necesita ser formado para hablar con sus colegas, apoyar al colectivo para realizar el cambio y celebrar las mejoras en los resultados de los pacientes. Los líderes también deben mirar fuera de su organización a otros BPSO en busca de herramientas, recursos y apoyo; a los "coach" y expertos de RNAO; y a las muchas

oportunidades de desarrollo de capacidades proporcionadas a través de RNAO, tales como los Simposios de intercambio de conocimientos de los BPSO.

EQUILIBRAR ENTORNOS COMPLEJOS Y GESTIONAR LOS VALORES Y PRIORIDADES

Por último, no espere que la implantación sea un proceso lineal, puesto que habrá muchos altibajos en el camino, dada la complejidad de las instituciones y los sistemas sanitarios. Es de vital importancia que defienda los recursos adecuados, vincule el trabajo de las Guías con otras iniciativas estratégicas e integre la implantación de las Guías en las operaciones diarias a través de diversos procesos, tales como iniciativas de seguridad del paciente, programas de garantía de calidad y acreditación. Cuando se enfrente a múltiples demandas y prioridades contrapuestas, dé un paso atrás, revise cómo puede unir proyectos y ajuste su planteamiento y nunca se rinda. La perseverancia y la creatividad valen la pena al ofrecer resultados que son buenos para los pacientes y todos los involucrados se sentirán orgullosos.

REFERENCIAS

Advisory Panel on Healthcare Innovation. (2015). *Unleashing innovation: Excellent healthcare for Canada—Executive summary*. Retrieved from http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/summary-innovation-sommaire/alt/summary-innovation-sommaire-eng.pdf

Canada Health Infoway. (2013, May 6). *Emerging technology series: Big data analytics in health* [White paper]. Retrieved from https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/resources/technical-documents/emerging-technology/1246-big-data-analytics-in-health-white-paper-full-report

Canadian Institute of Health Information (CIHI). (2013). *A performance measurement framework for the Canadian health system*. Retrieved from https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_EN.pdf

Cancer Quality Council of Ontario. (2017). *Cancer System Quality Index (CSQI) 2017*. Retrieved from http://www.csqi.on.ca/

DiCenso, A. (2003). Research: Evidence-based nursing practice: How to get there from here. *Nursing Leadership*, *16*(4), 20–26. Retrieved from http://www.electronichealthcare.net/content/16257

DiCenso, A., Ciliska, D., & Guyatt, G. (2005). Introduction to evidence-based nursing. In A. DiCenso, G. Guyatt, & D. Ciliska (Eds.), *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice* (pp. 3–19). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., . . . Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, *24*, 244–255.

Galbraith, J. R. (2001). *Designing organizations: An executive guide to strategy, structure, and process*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishing.

Gailbraith, J. R. The Star Model. Retrieved from http://www.jaygalbraith.com/services/star-model

Gifford, W., Davies, B., Rowan, M., Egan, M., Lefebre, N., & Brehaut, J. (2016). Understand audit and feedback to support falls prevention and pain management in home health care. *Home Health Care Management & Practice*, *28*(2), 79–85.

Grinspun, D., Virani, T., & Bajnok, I. (2002). Nursing Best Practice Guidelines: The Registered Nurses' Association of Ontario Project. *Hospital Quarterly*, *5*(2), 56–60.

Konietzny, C. & Anderson, B. (2018). Comfort Conversations in Complex Continuing Care: Assessing Patients' and Families' Palliative Care Needs. *Perspectives, 39, 4. (pending release of Journal)*

Lawler, E. E. (1996). *From the ground up: Six principles for building the new logic corporation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishing.

Manely, K., McCormack, B., Wilson, V. (Eds.). (2008). *International practice development in nursing and healthcare*. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.

Martens, P., Martin, B., O'Neil, J., & MacKinnon, M. (2007). Diabetes and adverse outcomes in a First Nations population: Associations with healthcare access and socio-economic and geographical factors. *Canadian Journal of Diabetes, 31*(3), 223–232.

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., . . . Downey, A. (2010). The role of nursing best practice champions in diffusing practice guidelines: A mixed methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 7*(4), 238–251.

Purdy, N., Spence Laschinger, H., Finegan, J., Kerr, M., & Olivera, F. (2010). Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, *18*(8), 901–913.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002). *Client centered care*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2004a). *Assessment and management of venous leg ulcers*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2004b). *Reducing foot complications for people with diabetes.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Client centred care* (Supplement). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006b). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007a). *Professionalism in nursing*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007b). *Reducing foot complications for people with diabetes* (Supplement). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *BPG for subcutaneous administration of insulin in adults with type 2 diabetes.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010). *Strategies to support self-management in chronic conditions: Collaboration with clients.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011a). *End-of-life care during the last days and hours*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011b). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013a). *Assessment and management of foot ulcers for people with diabetes* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013b). *Assessment and management of pain* (3rd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013c). *Developing and sustaining nursing leadership* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014). *Care transitions.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015). *Person and family centred care.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016). *Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team* (3rd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017). *Best Practice Spotlight Organization (BPSO) requirements.* Retrieved from http://rnao.ca/bpg/bpso/become

Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York, NY: Free Press.

Saint Elizabeth Health Care and Assembly of Manitoba Chiefs. (2011). *Patient wait time guarantee pilot project for the prevention, care and treatment of foot ulcers of people living with diabetes in Manitoba First Nations*. Retrieved from https://www.saintelizabeth.com/FNIM/About-Us/Initiatives/Manitoba-First-Nations-Patient-Wait-Times-Guarante.aspx

Stavros, J., Godwin, L., & Cooperrider, D. (2015). Appreciative inquiry: Organization development and the strengths revolution. In W. J. Rothwell, J. M. Stavros & R. L. Sullivan (Eds.), Practicing organization development: A guide to leading change and transformation (4th ed.) (pp. 96–116). Toronto, ON: Wiley.

West Park Healthcare Centre Compilation of Reports. (2016). Based on Canadian Institute of Health Information (CIHI) Complex Continuing Care Reporting System, Facility Level Reports for West Park Healthcare Centre. (2006–07, 2009–10, 2012–13, 2015–16, and 2016–17 Q1–3).

CAPÍTULO

8

CREANDO CULTURAS BASADAS EN LA EVIDENCIA A LO LARGO DEL SISTEMA DE SALUD

Carol Timmings, MEd (Admin), BNSc, RN
Barbara Heatley O'Neil, MAdEd, BScN
Leeann Whitney, MAEd, BScN, RN
Holly Quinn, MHS, BScN, RN
Sonya Canzian, MHSc, RN, CNN(C)

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Describir la experiencia de BPSO en cuatro organizaciones diferentes del sector de la salud: salud pública, hospital, atención primaria y atención domiciliaria.
- Dar ejemplos de cómo diferentes organizaciones lograron, mantuvieron y continúan expandiendo una cultura basada en la evidencia a través de los cuatro sectores de la salud.
- Demostrar las estrategias de implantación organizacional comunes y únicas en la creación y mantenimiento de una cultura de BPSO basada en la evidencia.
- Analizar qué métodos podrían aplicarse en otros entornos sanitarios para lograr la designación de BPSO y una cultura basada en la evidencia.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a los siguientes colaboradores de este capítulo:

- Toronto Public Health:
  - May Tao: RN, BScN, MSN, CCHN(C) Health Promotion Specialist/BPSO Lead
  - Katie Dilworth: RN, BScN, MHSc-HP, CCHN(C) Supervisor Nursing Quality Practice/ BPSO Lead
- North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic:
  - Terri MacDougall: NP-PHC, MScN, IBCLC
  - Johanna Fonteine: RN
- Bayshore Home Health:
- Janet Daglish: CMC, PMP, National Director, Business Development & Government Relations
- Anna Cooper: RN, BScN, MN, Clinical Practice Leader/BPSO Lead
- Tanya Baker: RN, BScN, Clinical Practice Manger/BPSO Lead
- St. Michael's Hospital:
  - Ella Ferris: RN, MBA, Former Executive Vice President, Programs and Chief Nursing and Health Disciplines Executive
  - Lianne Jeffs: RN, PhD, FAAN, St. Michael's Hospital Volunteer Chair in Nursing Research, Scientist, Keenan Research Centre, Li Ka Shing Knowledge Institute
  - Murray Krock: RN, BScN, MN, Director, Nursing Practice and Education Professional Practice
  - Ashley Skiffington: RN, BScN, Med, Evidence-Based Practice Nursing Manager

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el cuidado de la salud exige la comprensión e implantación de prácticas basadas en la evidencia en la atención continuada. A los pacientes y a sus familias no se les debe exigir que dediquen más tiempo y energía a pensar en la calidad de la atención que recibirán para mantenerse sanos o para manejar una enfermedad específica. Los pacientes y sus familias requieren atención en diferentes momentos por parte de una variedad de proveedores de atención sanitaria. Lo ideal es que las transiciones a través de la atención continua se basen en las mismas prácticas de alta calidad y basadas en la evidencia, independientemente de la especialidad clínica, el lugar, el día de la semana o la hora del día.

A medida que los líderes de cinco organizaciones de Ontario captaban estos conceptos en el día a día, cada uno de ellos comenzó su búsqueda para encontrar las mejores fuentes de evidencia e implantarlas de manera sostenible. Cada uno de ellos acudió a la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) para adquirir las Guías de Buenas Prácticas (Guías) para entender cómo implantarlas, mantenerlas y, finalmente, posicionar a sus organizaciones para que se conviertan en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO). Cada uno adoptó un enfoque único relacionado con su motivación para convertirse en un BPSO desde el inicio, con los éxitos, los desafíos y el impacto organizacional general. En este capítulo, cada líder expone este enfoque único, qué aspecto tiene el BPSO en su organización hoy en día y sus perspectivas sobre el futuro.

E S T U D I O D E C A S O

EXPERIENCIA DEL BPSO TORONTO PUBLIC HEALTH

Toronto Public Health (en adelante TPH, por sus siglas en inglés) atiende a 2,8 millones de residentes y emplea a 1.800 personas, entre ellas 750 enfermeras. La misión de TPH es reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la calidad de vida de la población. La realización de programas innovadores, servicios directos, asociaciones, comunicación en materia de salud, supervisión de la salud y la promoción de políticas públicas saludables ayudan a prevenir enfermedades y dolencias, promover la salud y mejorar la calidad de vida de las personas.

La salud poblacional tiene como objetivo mejorar la salud de toda la población y es el enfoque principal en el trabajo de la salud pública. Sus programas, servicios y políticas de salud se centran en responder a las necesidades de las poblaciones vulnerables y abogar por que se preste atención a los determinantes sociales de la salud (Public Health Agency of Canada [PHAC], 2012).

APRENDER DEL PASADO

A finales de 2002, una enfermedad desconocida hasta entonces llamada síndrome respiratorio agudo y grave, o SARS, por sus siglas en inglés, surgió en China y se extendió por todo el mundo a lo largo de varias semanas (Health Canada, 2003). Alrededor de 8.500 personas en todo el mundo fueron diagnosticadas con supuesto SARS durante la epidemia, y hubo más de 900 muertes (Health Canada, 2003). Toronto fue el epicentro de la epidemia de SARS, que planteó exigencias sin precedentes en el sistema de salud pública, desafiando la capacidad para la contención del brote, la vigilancia, la gestión de la información y el control de infecciones. En los años siguientes, la respuesta fue analizada, revelando deficiencias sistémicas en el sistema público de salud en Canadá. Aprendimos que en Canadá la capacidad de luchar contra un brote como el SARS estaba más ligada a la fortaleza del sistema público de sanidad que a la capacidad general de nuestro sistema de financiación pública (Health Canada, 2003). El resultado fue un fuerte llamamiento nacional para mejorar los servicios de salud pública.

El cambio de sistema incluyó una nueva agencia para la protección y la promoción de la salud de Ontario (*Ontario Agency for Health Protection and Promotion*) y se revisaron las normas de salud pública de Ontario (*Ontario Public Health Standards*) (Ministry of Health and Long-Term Care [MOHLTC], 2008), que establecían un mínimo de requisitos para los programas fundamentales de salud pública y servicios. Tanto la nueva agencia como las normas crearían una cultura basada en la evidencia para la práctica de la salud pública en Ontario. En lugar de planificar programas y servicios en respuesta a la demanda pública o al uso irregular de la evidencia, todos los programas y servicios de salud pública se basarían en la evidencia. Además, una "revisión de la capacidad" del sistema de salud pública exigió una mayor responsabilidad pública, que incluía una programación basada en la evidencia y la supervisión y presentación de informes sobre la actuación (Capacity Review Committee, 2006).

La clave para las recomendaciones que siguieron al SARS fue un plan para reconstruir la fuerza laboral de la salud pública con una gama de actividades que iban desde la definición de competencias hasta la introducción de programas de maestría y de desarrollo profesional para el personal (Joint Task Group on Public Health Human Resources, 2005). El avance de la práctica requeriría la integración de la evidencia.

BPSO Y TPH: LA ALINEACIÓN PERFECTA

Esta mayor atención a la evidencia, a los requisitos de responsabilidad y a las recomendaciones de recursos humanos después del SARS se alinearon con las instrucciones internas del Toronto Public Health (TPH). Con una orientación estratégica hacia la innovación y un servicio sobresaliente, se empezó a desarrollar un nuevo modelo de la práctica profesional para permitir una práctica profesional de la mejor calidad. Este mecanismo mejoraría el desarrollo del liderazgo profesional de la Enfermería en la organización, facilitando la creación de mecanismos para apoyar la excelencia en la práctica de la Enfermería, un catalizador para que TPH pasase a formar parte de la iniciativa de BPSO de RNAO. Las Guías, con recomendaciones prácticas basadas en la investigación de calidad actual, aseguraron que la evidencia estuviera disponible. El BPSO hizo posible la integración de la evidencia.

El personal de TPH ha estado involucrado en el desarrollo e integración de muchas Guías de Buenas Prácticas de RNAO (Guías) en el pasado, allanando el camino hacia la exploración de los méritos para convertirse en un BPSO. Una evaluación de la preparación por parte de los líderes de Enfermería encontró la voluntad y la oportunidad de mejorar el servicio basado en la evidencia y determinó que TPH estaba idealmente situado para convertirse en un BPSO para impactar de una manera positiva en la práctica basada en la evidencia. Un análisis inicial de brechas (RNAO, 2012c) identificó cuatro Guías para ser implantadas en la organización.

Fomentar el desarrollo de los demás y crear equipos para promover la colaboración y la cooperación es clave para lograr resultados (Community Health Nurses of Canada, 2015). La iniciativa necesitaría la participación del personal directivo superior y de las redes de apoyo para la práctica. Se estableció una estructura de BPSO de TPH para permitir la colaboración y el apoyo. La estructura consistió en un comité directivo central, así como en equipos para la implantación de las Guías, cada uno de los cuales contaba con el apoyo de los impulsores.

El comité directivo está compuesto por un miembro de cada uno de los equipos de las Guías (actualmente 12) y está conectado a la jefa de Enfermería y al director médico de salud, así como a los profesionales que apoyan la práctica (ver la Figura 8.1).



FIGURA 8.1 Estructura del BPSO Toronto Public Health
Usado con permiso

Cada equipo de las Guías de Buenas Prácticas trabaja para iniciar, implantar y evaluar las recomendaciones de sus guías y cuenta con un equipo de impulsores con los que trabajar desde toda la organización.

El modelo de impulsores está bien establecido en la literatura como método eficaz de transferencia de conocimientos (Flodgren et al. al., 2011; Kitson, 2009; Ploeg et al., 2010). Un grupo entusiasta y comprometido de más de 260 impulsores de Guías de Buenas Prácticas tiene que haber sido reclutado en varias áreas y disciplinas del programa para ayudar en la implantación. Se asigna a los impulsores en actividades específicas de implantación y evaluación de las Guías basándose en las habilidades y la relevancia de los programas. A los nuevos impulsores se les ofrece un seminario web de orientación, adaptado a la práctica de la salud pública, lo que les permite comprender la iniciativa global de BPSO y el papel y la importancia de ser un impulsor. La responsabilidad primordial de los impulsores debe ser un recurso para sus colegas como un "experto" sobre su Guía. Los impulsores llevan una señalización en sus lugares de trabajo para que sus colegas sepan que son impulsores y puedan buscarlos cuando sea necesario (ver la Figura 8.2).



FIGURA 8.2 Cartel para el escritorio del impulsor
Usado con permiso

A los impulsores se les proporciona un apoyo y un desarrollo profesional continuo y, a su vez, ellos proporcionan formación y apoyo a sus colegas. Una estrategia innovadora fue formar a los impulsores en la narración de historias como una herramienta adicional de transferencia de conocimientos. Los impulsores demostraron ser conocedores competentes y profesionales de la salud pública que rápidamente se pasaron a la práctica basada en la evidencia, lo que contribuyó a la excelencia en salud pública. El papel de impulsor es una excelente oportunidad para desarrollar la capacidad de liderazgo.

COLABORACIÓN PARA EL ÉXITO

Aunque el programa BPSO fue iniciado por la Enfermería en TPH, su implantación es interdisciplinar y es a través de la organización. La colaboración entre profesionales en una variedad de áreas de programas y con socios externos ha mejorado la integración sistemática de la evidencia. Algunos ejemplos son el equipo de la Guía de *Prevención primaria de la obesidad infantil* y el equipo de la Guía de *Integrar el abandono de fumar en la práctica diaria enfermera.*

El equipo de la Guía de *Prevención primaria de la obesidad infantil* (RNAO, 2014c) cuenta con más de 100 impulsores que implantan y evalúan la guía. Las enfermeras de salud pública (PHN, por sus siglas en inglés) y los dietistas titulados colaboran para desarrollar capacidades con los colegios y abordar así estrategias para reducir la obesidad infantil en 18 (de momento) colegios de Toronto. Las enfermeras del equipo de la Guía *Integrar el abandono de fumar en la práctica diaria enfermera* (RNAO, 2003c) trabajan con el personal a través de toda la organización para proporcionar asesoramiento para dejar de fumar y terapia para reemplazar la nicotina para los residentes de Toronto que de otro modo no tendrían acceso a esta herramienta de cese basada en la evidencia. La asociación con otros fumadores interesados en dejar de fumar ha permitido un apoyo sostenido para los pacientes que están intentando dejarlo.

SOLUCIONES PERSONALIZADAS PARA ADAPTARSE AL CONTEXTO DE LA PRÁCTICA

La Iniciativa BPSO es parte de un panorama más amplio para integrar sistemáticamente la evidencia en la práctica. La función de TPH en la promoción de la salud en un contexto de salud de la población a veces requiere la adaptación del contenido de las Guías para que se ajuste al contexto de salud pública. Por ejemplo, la Guía de *El abuso hacia la mujer: proyección, identificación y respuesta inicial* (RNAO, 2005f), sugiere una evaluación preventiva universal "cada vez que la historia clínica se actualiza" (p.23), lo que no es apropiado para los programas de grupo de TPH donde los pacientes asisten a múltiples sesiones. Ocasionalmente, en la etapa de adaptación, existe la necesidad de llevar a cabo más investigaciones o revisiones de la literatura para asegurar un ajuste con la fuerte prevención y la filosofía de promoción de la salud pública. El equipo de la Guía *Prevenir y abordar el abuso y la negligencia de las personas mayores* (RNAO, 2014b) completó una revisión de la literatura para promover la definición de la prevención del abuso hacia las personas mayores y adaptar las estrategias para que se ajusten al contexto de la práctica de la salud pública.

EMPEZAR POR LO PEQUEÑO, PENSAR EN GRANDE

Las recomendaciones de las Guías de Buenas Prácticas se ponen a prueba primero en un pequeño equipo del programa y luego se evalúan (empezar despacio). Una vez que la eficacia de la intervención se demuestra, esta se amplía a otros programas y equipos de la organización. Los resultados a menudo se difunden internamente en eventos de transferencia de conocimientos y externamente a través de publicaciones y conferencias (pensar y actuar en GRANDE), contribuyendo a la integración sistemática de la evidencia en la práctica. Todos los niveles de la organización están involucrados, desde el consejo de salud hasta el personal de atención directa, para mejorar la práctica y mantener el cambio.

DESAFÍOS

Durante el primer año de TPH a la candidatura de BPSO, la organización experimentó desafíos de infraestructura, poniendo a prueba al personal y a la alta gerencia (una interrupción laboral de 6 semanas y una pandemia de H1N1 de nivel 5). Estos problemas imprevistos retrasaron la puesta en marcha de los eventos del BPSO, lo que obligó a reducir las actividades de candidatura al año siguiente. La gestión de la designación de BPSO requería orientar al nuevo personal para que prestara asistencia y se centrara en el plan de trabajo. TPH avanzó con éxito y logró la designación en el plazo requerido de 3 años.

La evaluación de la implantación de las Guías en la práctica de la salud pública puede ser un desafío y la medición del éxito de la implantación depende de la identificación de los indicadores de resultados perceptibles. A menudo, los resultados de salud para los pacientes que reciben intervención de salud pública no se pueden medir hasta años después de la intervención (por ejemplo, el aumento de las tasas de abandono del hábito de fumar, lo que resulta en una disminución de las tasas de cáncer de pulmón). Los equipos de las Guías han reconocido este hecho y están evaluando resultados intermedios, como cambios en el comportamiento o la concienciación de los pacientes, así como resultados relacionados con el aprendizaje y el comportamiento del personal.

UNA EXPERIENCIA TRANSFORMADORA

La experiencia de BPSO en Toronto Public Health ha sido transformadora. Ha aumentado nuestro compromiso con la práctica basada en la evidencia y ha aumentado la competencia de nuestro personal, así como su confianza en que están utilizando la mejor evidencia disponible y haciendo una diferencia perceptible en la calidad del servicio que reciben nuestros pacientes. Una evaluación completa realizada por TPH demostró que la experiencia de ser un Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados ha tenido beneficios positivos, incluyendo un aumento en el uso de la evidencia y el intercambio de conocimientos, así como el aumento de colaboración entre programas y personal interdisciplinarios. La participación del personal en el BPSO a todos los niveles ha contribuido al éxito organizacional en la implantación de las Guías y en su sostenibilidad (Toronto Public Health, 2011).

Toronto Public Health, la unidad de salud más grande de Canadá, desempeña un papel de liderazgo para otras organizaciones de salud pública. Como BPSO, TPH demuestra de manera contundente el impacto de la creación y el mantenimiento de un sistema basado en la cultura de la evidencia. Mediante la plena participación y movilización del equipo interprofesional, el uso sostenido de la evidencia basada en la práctica ha marcado una diferencia en la salud de la población de la ciudad de Toronto.

E S T U D I O D E C A S O

EXPERIENCIA DEL BPSO BLUEWATER HEALTH

Bluewater Health, con sedes en Sarnia y Petrolia, Ontario, (Canadá), es un hospital público con 326 camas totalmente acreditado. Con una plantilla de cerca de 2.500 personas, entre las que se encuentran personal y voluntarios, Bluewater Health ofrece una variedad de cuidados intensivos especializados, cuidados continuos complejos, servicios relacionados con la salud y servicios de atención ambulatoria. La tecnología de vanguardia contribuye a la misión de Bluewater Health: creamos experiencias ejemplares de atención sanitaria con los pacientes y familias todo el tiempo.

LA MOTIVACIÓN DE BLUEWATER PARA CONVERTIRSE EN UN BPSO

En 2009 y 2010, los profesionales de la práctica clínica de Bluewater Health (BWH) revisamos los procesos y los procedimientos, buscando la evidencia y su justificación para preparar el traslado a un nuevo centro hospitalario en Sarnia. Reconocimos que algunos estaban basados en el hábito y en la utilidad de la ubicación de los equipos, departamentos y centros. La evidencia requerida para asegurar que estábamos usando las mejores prácticas actuales y maximizando la oportunidad de trabajar de forma conjunta en el nuevo entorno se encontró en las Guías de Buenas Prácticas de RNAO (Guías).

En octubre de 2011, presentamos nuestra propuesta a RNAO para convertirnos en candidato para obtener la designación de BPSO. Nuestra búsqueda comenzó cuando las diversas profesiones que participaban en grupos focales debían elegir 7 Guías para la implantación, de entre las 31 Guías posibles de RNAO, que se aplicaran a nuestro entorno.

Nuestras selecciones fueron:

- *Atención centrada en el paciente* (RNAO, 2002a)
- *Apoyar y fortalecer a las familias a través de eventos de vida esperados e inesperados* (RNAO, 2002f)
- *Establecimiento de relaciones terapéuticas* (RNAO, 2002c)
- *Estrategias para apoyar la autogestión en afecciones crónicas: colaboración con los clientes* (RNAO, 2010e)
- *Integrar el abandono de fumar en la práctica diaria enfermera* (RNAO, 2003c)
- *Evaluación y tratamiento del dolor* (RNAO, 2009a)
- *Prevención de caídas y lesiones por caídas en personas mayores* (RNAO, 2002d)

PARA EMPEZAR

Iniciamos nuestro viaje de BPSO en abril de 2012. El primer año estuvo centrado en la contratación de 98 impulsores de las Guías de Buenas Prácticas para liderar el trabajo. Desarrollamos estructuras y procesos de apoyo a la implantación y evaluación de recomendaciones y nuestro modelo de impulsores interprofesionales promovió un enfoque de colaboración tanto para la práctica como para la atención centrada en el paciente y la familia (RNAO, 2002a, 2009b).

Nuestra intención era comenzar con la Guía de *Atención centrada en el paciente* (RNAO, 2002a). Inmediatamente después se hizo evidente que la labor relacionada con la implantación de las guías de *Atención centrada en el paciente* (RNAO, 2002a), *Apoyar y fortalecer a las familias a través de eventos de vida esperados e inesperados* (RNAO, 2002f) *y Establecimiento de relaciones terapéuticas* (RNAO, 2002c) estaban alineadas e integradas de tal manera que continuamos con las tres guías a la vez. Se conocían como las "tres grandes" y los impulsores de buenas prácticas lideraron la difusión de estas "tres grandes" en cada una de sus unidades, con aprendizaje entre pares, liderazgo, apoyo y compromiso (RNAO, 2007, 2013b, 2016b).

DOS ÉXITOS NOTABLES

El programa BPSO se incluyó en la Declaración de la Misión, el Plan Estratégico y las Metas de Rendimiento. Durante la Planificación Estratégica (otoño de 2012), hubo un deseo de "conectar" nuestra filosofía de atención con las iniciativas de calidad y seguridad. Se inició el diálogo con los comités permanentes de la Junta para articular temas y metas. El proceso fue incluyente, innovador y cálido. Aportamos ideas a través de nuestras historias. Hubo energía desde la cama del paciente hasta la sala de juntas acerca de lo que la auténtica atención centrada en el paciente y la familia significaría para los proveedores de atención y para la forma en que nos asociamos con los pacientes y las familias en la atención. Esto dio como resultado el Objetivo Estratégico 2013-2015, "Integrar la atención centrada en el paciente y la familia", y la creación de declaraciones de apoyo de "Lo haremos":

Lo que haremos:

- Crear una estrategia y un plan de acción de atención centrados en el paciente y la familia.
- Establecer un Consejo de Compañeros de Experiencia del Paciente y un Consejo Asesor de la atención centrada en el paciente y la familia.
- Involucrar a los Compañeros de Experiencia del Paciente en iniciativas de mejora de la calidad.
- Desarrollar un plan para educar a nuestra gente en los principios y estrategias de atención centrada en el paciente y la familia.
- Implantar las Guías de RNAO: *Atención centrada en el paciente* (RNAO, 2002a), *Establecimiento de relaciones terapéuticas* (RNAO, 2002c) *y Apoyar y fortalecer a las familias a través de eventos de vida esperados e inesperados* (RNAO 2002f).

Presentamos a Emily. Después de una amplia consulta y visitas a los centros de atención centrada en el paciente, comenzamos a explorar la noción de ponerle nombre a *nuestro paciente,* como una manera de dedicarse realmente a la atención centrada en el paciente y en la familia (Toussaint, Gerard y Adams, 2010). Después de mucha discusión sobre nuestros resultados y la participación total del personal a través de la narración de historias, tomamos la decisión de ponerle nombre a nuestro paciente.

Se eligió el nombre de Emily y cada uno de nosotros influyó en la experiencia de atención de Emily, independientemente del papel que desempeñara. Emily vino a representar a cada paciente y a cada familia que habíamos cuidado en el pasado, que estábamos cuidando en el momento o que cuidaríamos en el futuro (Jennings, O'Neil, Bossy, Dodman, & Campbell, 2016).

Emily debutó en el lanzamiento de nuestro Plan Estratégico en 2013 como un collage de imágenes de todos nosotros (pacientes y familias, proveedores de atención sanitaria, médicos, personal de servicios de apoyo, estudiantes y voluntarios) comprometidos en dar y recibir atención. Emily representaba todas nuestras caras. El personal, los médicos y los voluntarios pueden encontrarse en la imagen de Emily (ver Figura 8.3). La imagen estuvo presente en eventos como los lanzamientos de Guías y eventos de intercambio de conocimientos. Se desarrolló un boletín informativo y los líderes de atención directa lo llamaron "Querida Emily".



FIGURA 8.3 Imagen de Emily.
Usada con permiso.

Nuestro Defensor del Paciente involucró a pacientes y familiares para crear el Consejo Asesor del Paciente. Se puso en marcha una nueva función de voluntariado, el Compañero de Experiencia del Paciente. Una de nuestras compañeras compartió su reacción al Plan Estratégico: "La presencia simbólica de Emily es nuestra inspiración. Ella es la razón por la que hacemos lo que hacemos".

DOS DESAFÍOS NOTABLES

Barrera de implantación: Ya lo hacemos. La implantación de las "tres grandes" nos obligó a reflexionar sobre cada una de las actividades que rodean a la atención. En las primeras conversaciones con los proveedores de atención sanitaria, oímos: "ya lo hacemos". Para avanzar era necesario imaginar cómo podría ser la participación en la atención cuando nos preguntáramos intencionalmente acerca de oportunidades para invitar a los

pacientes y a sus familias a recibir atención sanitaria como socios iguales en el punto de atención, en nuestras unidades y en nuestros centros, incluido el Comité de Calidad del Consejo de Administración para la discusión sobre los eventos adversos. Nos encontramos con escepticismo, reticencia y finalmente una disposición para comenzar.

Se requiere valor. Se requirió valor para revelar la imagen de Emily y explicar esta noción abstracta. Había preocupación de que la idea pudiera ser vista como "una farsa", con el riesgo de que las iniciativas que la rodean, incluidos el Plan Estratégico y la trayectoria a seguir para convertirse en BPSO, pudieran estar incompletas y nuestras iniciativas descarriladas. El coraje y la energía vinieron de saber que, independientemente de la función que se desempeñase, ya fuera en la clínica, o en los servicios administrativos, cada uno de nosotros podríamos relacionarnos con Emily cuando abriésemos nuestros corazones a la idea. Nosotros, o alguien de nuestra familia, puede haber sido Emily. Si alguien de nosotros podría ser Emily, entonces la forma en que prestamos la atención se convierte en personal. Emily ha enfocado nuestras conversaciones, nuestras iniciativas, nuestras actitudes, nuestro entorno y nuestra cultura.

IMPACTO ORGANIZACIONAL GENERAL DEL BPSO Y EL EFECTO EMILY

En el transcurso de nuestro viaje de BPSO, vimos resultados positivos en las puntuaciones de compromiso de los empleados y en las puntuaciones de satisfacción de los pacientes. Comparando los resultados de la participación en 2011 con 2013, logramos una mejora del 16% en la calidad de la atención; una mejora del 19% en la participación en la toma de decisiones y una mejora del 20% en el entorno laboral positivo. La puntuación global del compromiso de los empleados fue un 6% más alta que la de otros hospitales en Ontario.

Cuando 2.500 miembros del personal, profesionales de la salud y voluntarios comenzaron a pensar de manera diferente sobre Emily y a ver los beneficios de las "tres grandes" Guías de Buenas Prácticas en nuestra cultura experimentaron, en diferentes grados, la importancia de lo que podemos hacer colectivamente. Emily ha dado a las Guías un rostro, una voz y una comprensión de que la atención de calidad basada en la evidencia realmente importa. A medida que los impulsores se alinearon con todas las Guías, hicieron las conexiones con Emily. Cada vez se comparten más conversaciones e historias sobre Emily en toda la organización. Las iniciativas de BPSO implantadas han adquirido una mayor relevancia ya que Emily nos ha proporcionado una visión compartida de lo que puede ser la experiencia del paciente y nuestra cultura. En junio de 2015 recibimos nuestra Designación como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados.

También en 2015, la Corporación Nacional de Investigación, el Instituto Picker, confirmó que nuestros indicadores de rendimiento en los documentos de la Encuesta de satisfacción del Paciente Canadiense en varias áreas estaban por encima de la media y que "estaban viniendo a visitar a Bluewater Health para ver lo que estábamos haciendo." El Instituto Picker estaba revisando las buenas prácticas de atención centradas en el paciente, procesos y atributos culturales, del 99 del percentil de los conjuntos de datos de experiencias del paciente publicados en los informes estandarizados en Canadá, Europa y en EE.UU. El Bluewater Health había alcanzado el máximo rendimiento en múltiples dimensiones de la atención centrada en el paciente en comparación con los otros hospitales de Ontario, con mejoras en las puntuaciones sobre el acceso a la atención, la comodidad física, el respeto por la preferencia del paciente, la continuidad y la transición, la coordinación de la atención y de calificación general. Escribieron un estudio de caso perfilando a Bluewater Health como una empresa de alto rendimiento en la prestación de servicios de salud y atención centrada en el paciente, basada en un desempeño ejemplar en el ámbito de cuidados intensivos de acceso a la atención (National Research Corporation, 2015).

MANTENIMIENTO Y EXPANSIÓN

Cerca de la conclusión del Plan Estratégico 2013-2015 y con la consecución de nuestros objetivos declarados, existía el deseo de tomar los compromisos de "Lo haremos" y perfeccionarlos para convertirlos en declaraciones que tuvieran una relevancia específica y medible para cada uno de nosotros. Se llevaron a cabo catorce grupos focales con 100 personas de diversas funciones, incluyendo enfermeras, médicos, profesionales de la salud afines y gerentes, personal de apoyo, pacientes, voluntarios, acompañantes expertos y familiares. Se les pidió que recordaran momentos de cuidados ejemplares. Juntos redactaron las declaraciones de "lo haré" que se llaman "Mi Promesa a Emily" (Ontario Hospital Association, s.f.).

Te prometo a ti y a tu familia que:

- Te respetaré como persona en un ambiente único
- Podrás tomarte tu tiempo para abordar tus preocupaciones y calmar tus temores
- Te involucraremos cuando se tomen decisiones sobre ti
- Seré tu defensor

Hace unos 8 años, Bluewater Health escribió la Declaración de Misión: "Creamos experiencias ejemplares de atención sanitaria *para* los pacientes y sus familias en todo momento". Nos ha guiado maravillosamente durante muchos años.

Al presentar a Emily, empezamos a cuestionar la idoneidad de la palabra "para". Nos preguntábamos si habíamos llegado tan lejos como para cambiar la palabra a "con". Después de recibir nuestra designación de BPSO, iniciamos los trabajos del Plan Estratégico 2016-2021. El nuevo plan se llama "Caleidoscopio de la atención". La imagen de Emily está en el centro. En el retiro de la Junta directiva, en la primavera de 2016, se decidió que la Declaración de la Misión se cambiaría oficialmente a: "Creamos experiencias ejemplares de atención sanitaria *con* los pacientes y sus familias en todo momento".

Convertirse en un BPSO nos ha dado energía renovada. Creando una cultura donde este tipo de cuidado puede ocurrir es quizás el mayor efecto que ha tenido Emily hasta la fecha. Muchos de nuestros empleados hablaron sobre el BPSO y Emily en eventos en Canadá y Estados Unidos con el objetivo de compartir nuestros éxitos y ser un mentor y modelo para los demás. La filosofía de la evidencia basada en el paciente y la atención centrada en la familia que deseábamos hace 8 años está ahora programada en nuestra declaración de misión y nuestra cultura, donde nos hemos vuelto a comprometer con la experiencia humana del cuidado.

E S T U D I O D E C A S O

EXPERIENCIA DEL BPSO NORTH BAY NURSE PRACTITIONER-LED CLINIC

La North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic (NBNPLC) es una de las 25 clínicas dirigidas por enfermeras especialistas en Ontario (Canadá). Las clínicas dirigidas por enfermeras especialistas son un innovador modelo para la prestación de servicios integrales de atención primaria de la salud en Ontario, Canadá, que son "dirigidos" por enfermeras especialistas a nivel de gobierno y administrativo. La NBNPLC abrió sus puertas en el Distrito de Nipissing, en el norte de Ontario, en 2011 para ayudar a satisfacer la demanda de las personas que buscan atención primaria. El personal de la clínica incluye enfermeras especialistas, enfermeras tituladas y trabajadores sociales que trabajan al máximo en el ámbito de aplicación de la práctica, tal como se define en los colegios reguladores.

AL PRINCIPIO

En 2011, se desafió al NBNPLC a que incorporase procedimientos basados en la evidencia en la prestación de atención primaria, por tratarse de una nueva organización con proveedores de atención sanitaria de todas las áreas del sistema de salud. El equipo se fijó una meta para definir qué procesos podrían ser replicados de forma similar por parte de todos los miembros de la comunidad sanitaria sobre la base de la mejor evidencia disponible, mientras que mantenían la prioridad de los cuidados centrados en el paciente en un modelo de atención sanitaria basado en las relaciones entre las personas.

El equipo desarrolló los siguientes objetivos para guiar la atención y el servicio proporcionado en la clínica.

- Proporcionar una atención segura y ética con la prevención como resultado clave de la atención al paciente.
- Basar la prestación de atención en el mejor conocimiento científico disponible para todos aquellos que podrían beneficiarse y abstenerse de proporcionar intervenciones cuando la evidencia sugiere lo contrario (Choosing Wisely Canada, n.d.).
- Evitar el desperdicio y encontrar formas de mejorar los procesos basados en la implantación Lean (Toussaint et al., 2010).
- Incorporar a los pacientes que no cuentan con servicios suficientes y necesitan atención primaria, al mismo tiempo que se implementa el acceso a citas en el mismo día.
- Proporcionar una atención equitativa que no varíe en calidad basada en el género, la etnia, los ingresos, la orientación sexual o la religión.
- Proporcionar una atención que sea respetuosa y responda a necesidades, valores y preferencias del paciente.

Con el fin de ayudarnos a alcanzar estos objetivos, solicitamos a RNAO convertirnos en BPSO, con el resultado exitoso de alcanzar el estatus de Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados. Como parte central de su éxito, toda la clínica (14 miembros del personal) se involucró en la implantación de cinco Guías Clínicas, a saber: *Integrar el abandono de fumar en la práctica diaria enfermera* (RNAO, 2003c), *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2009a), *Intervenciones para la depresión posparto* (RNAO, 2005c), *Abuso contra la mujer: proyección, identificación y respuesta inicial* (RNAO, 2005f), *Estrategias para apoyar la autogestión de condiciones crónicas* (RNAO,

2010) y una Guía de entornos laborales saludables: *Práctica colaborativa en los equipos de Enfermería* (RNAO, 2006). Al trabajar con las Guías de RNAO, ya que se trataba de una iniciativa interprofesional, NBNPLC tomó la decisión de utilizar términos que incluyeran a todos los profesionales de la salud. Sobre el tercer año de candidatura de BPSO, se formaron seis grupos de trabajo, con un líder que organizó y facilitó reuniones con los que se identificaron a sí mismos como deseosos de trabajar en la implantación de Guías en la clínica. Entre 2015 y 2016, como BPSO designado, la clínica implantó dos Guías Clínicas más: *Lactancia materna* (RNAO, 2003a) y *Manejo de la hipertensión en Enfermería* (RNAO, 2005d).

La implantación a nivel de todo el sistema significó que todo el personal que trabajaba en la clínica participara en todos los aspectos de la adopción de las Guías, priorizando las Guías que debían implantarse primero y usando la Herramienta de Implantación de Guías de RNAO (RNAO, 2012c) para asegurar una metodología sistemática. Por ejemplo, muchos miembros del personal estaban familiarizados con la Guía *Integrar el abandono de fumar en la práctica diaria enfermera* (RNAO, 2003c), y una de las enfermeras especialistas ya era impulsora de la Guía para dejar de fumar, por lo que la Guía se identificó como nuestra primera prioridad.

Todas las Guías fueron elegidas en base a los problemas identificados en la población de pacientes a los que atendemos, así como a los impulsores de la práctica disponibles y a los recursos locales disponibles. Gracias al apoyo específico de RNAO durante los tres años anteriores a la designación, todo el personal se convirtió en impulsor de Guías y cada uno tomó varias posiciones de liderazgo para uno de los seis grupos de trabajo de las Guías.

Los resultados del trabajo de los grupos individuales se compartieron con el equipo de la clínica en las reuniones bimensuales de las Guías. Los mapas de proceso, los procedimientos de documentación normativa y la codificación en el Registro Electrónico de Salud (llamado Nightingale) ayudaron a comunicar y mantener los cambios en la práctica. A lo largo del proceso se crearon varios formatos de informes, incluyendo una tabla de las Guías (ver Figura 8.4). El segmento del panel incluido en la figura muestra, en el gráfico de la izquierda, el número de pacientes examinados antes de la implantación de la Guía de Dolor de RNAO (RNAO, 2009a) y, en el gráfico de la derecha, el número de pacientes examinados después de la implantación. Las diferencias son sorprendentes, han crecido consistentemente y se han mantenido. También se utilizó NQuIRE® para realizar un seguimiento de las medidas estructurales, de proceso y de resultados, en relación con esta y otras guías.

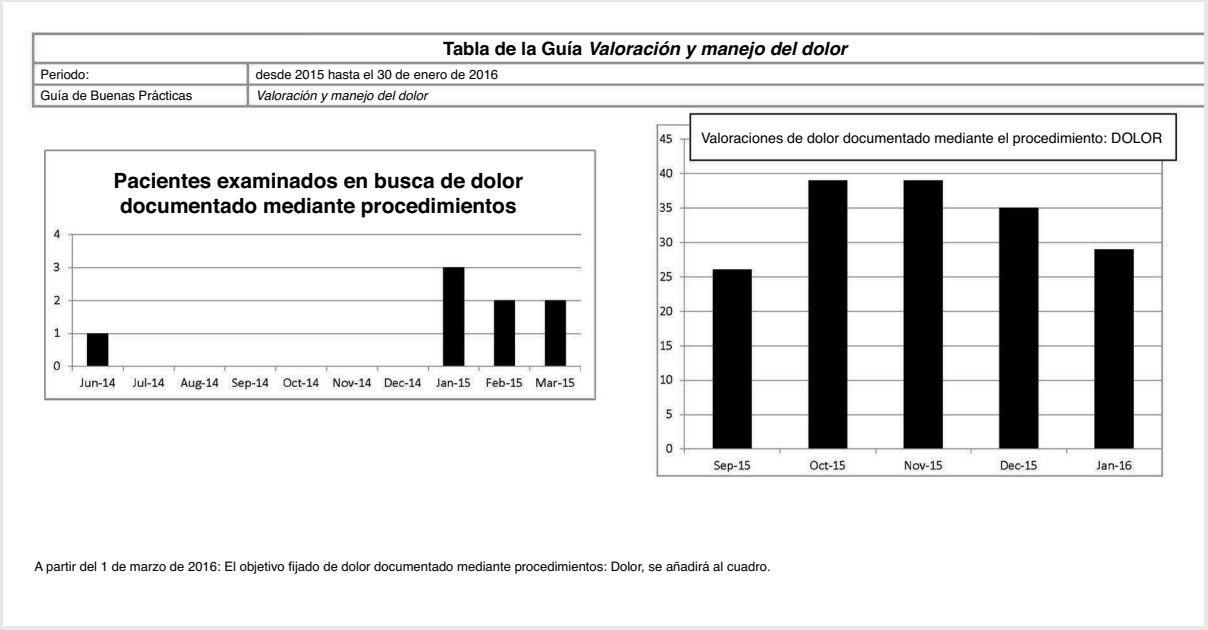


FIGURA 8.4 Tabla que muestra a los pacientes examinados en busca de dolor documentado mediante procedimientos, antes y después de la implantación de la Guía de *Valoración y manejo del dolor* (2009a).
Usado con permiso.

LA PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS INTERESADOS ES FUNDAMENTAL

Los grupos interesados estuvieron involucrados a lo largo de nuestro viaje a través de las Guías y continúan siendo utilizadas en base a sus mandatos, intereses, disponibilidad de tiempo e influencia. El modelo de participación de los grupos interesados que nos guio sugiere al menos cuatro formas diferentes en que las personas y los organismos pueden apoyar una causa (Ontario Agency for Health Protection and Promotion [Public Health Ontario], 2015). Estas incluyen:

1. Como parte del "Núcleo"
2. "Involucrado" en el trabajo
3. "Apoyo" a la causa
4. "Informado"

Utilizando este modelo, se identificó que el apoyo de los grupos interesados no siempre requería asistir a las reuniones o ser parte del grupo "núcleo".

La atención a la participación de los grupos interesados deseada por el grupo "núcleo" aseguró una buena correspondencia entre los grupos interesados y los objetivos del proyecto, de modo que pudieran participar de manera coherente con lo que podían aportar. Esto también permitió que con el tiempo surgieran nuevas partes interesadas. Un ejemplo fue nuestra asociación con la North Bay-Parry Sound District Health Unit (Unidad de Salud del Distrito de North Bay-Parry Sound), que se involucró como parte interesada "de apoyo" para muchas de las Guías implantadas y que continúa apoyándonos cuando hay un "ajuste".

A medida que nuestro trabajo avanzaba, se hacía más público y se ampliaba nuestro círculo de partes interesadas, no solo se nos pidió que actuáramos como líderes de buenas prácticas a nivel local, sino también a nivel provincial. Así, nuestros procesos se distribuyeron a la Ontario Nurse Practitioner-Led Clinic Network (la red enfermera de Ontario de clínicas dirigidas por enfermeras especialistas) para que fuesen usados por otros. Un ejemplo de esto fue con el equipo de la guía de *Evaluación y tratamiento del dolor* (RNAO, 2009a), que se adaptó para que fuese consistente con el nuevo alcance de práctica de las enfermeras especialistas en la primavera de 2017 (College of Nurses of Ontario, 2017) y se distribuyeron mapas de proceso y herramientas a petición de otras clínicas dirigidas por enfermeras especialistas (ver Figura 8.5).

Otra buena estrategia para la implantación fue la participación de estudiantes de BScN de la Universidad de Nipissing. Estos estudiantes de Enfermería participaron durante un semestre con el personal de la clínica y los pacientes en la Guía de *Estrategias para apoyar la autogestión de condiciones crónicas: colaboración con los clientes* (RNAO, 2010e) para crear recursos educativos para los pacientes. Estos estudiantes colaboraron con pacientes para establecer metas y desarrollar planes de acción según lo indicado a través de las recomendaciones de la Guía. Los planes de acción orientados al paciente se utilizaron activamente para guiar el autocuidado y fueron supervisados por estudiantes, pacientes y personal sanitario a lo largo del semestre, con documentación del progreso.

Una lección clave de nuestro viaje BPSO fue que la implantación de innovaciones puede afectar radicalmente a los procesos de trabajo diarios de los profesionales y requiere un tiempo considerable y la voluntad de aprender. La adopción de nuevas formas de práctica implica una interrupción de los comportamientos aprendidos en el pasado por parte de los profesionales. Además, el viaje de BPSO ha creado un cambio de paradigma en el control y el poder que ha pasado de manos de los proveedores a manos de los que reciben atención. En 2018, no podemos considerar a los pacientes como socios pasivos, sino más bien como socios participativos e iguales que contribuyen a su propia asistencia sanitaria. Las guías son congruentes con este cambio y fomentan el uso de entrevistas motivacionales y el establecimiento de objetivos mutuos.

Combinando esto con los cambios en el alcance de la práctica (como la capacidad de las enfermeras para recetar narcóticos y benzodiacepinas en 2018), el entorno es a la vez estimulante y desafiante. Esta cita de una de nuestras enfermeras refuerza los sentimientos de nuestro personal, totalmente comprometidos con nuestra aventura BPSO:

> *"A través del trabajo de la designación de BPSO en NBNPLC, adquirí nuevos conocimientos y clarifiqué mi papel como enfermera especialista y profesional del conocimiento. Reforzó el hecho de que quiero pertenecer y contribuir a una cultura de buenas prácticas. Conoce mejor, hazlo mejor."*
>
> –Terri MacDougall, Nurse Practitioner (NP)

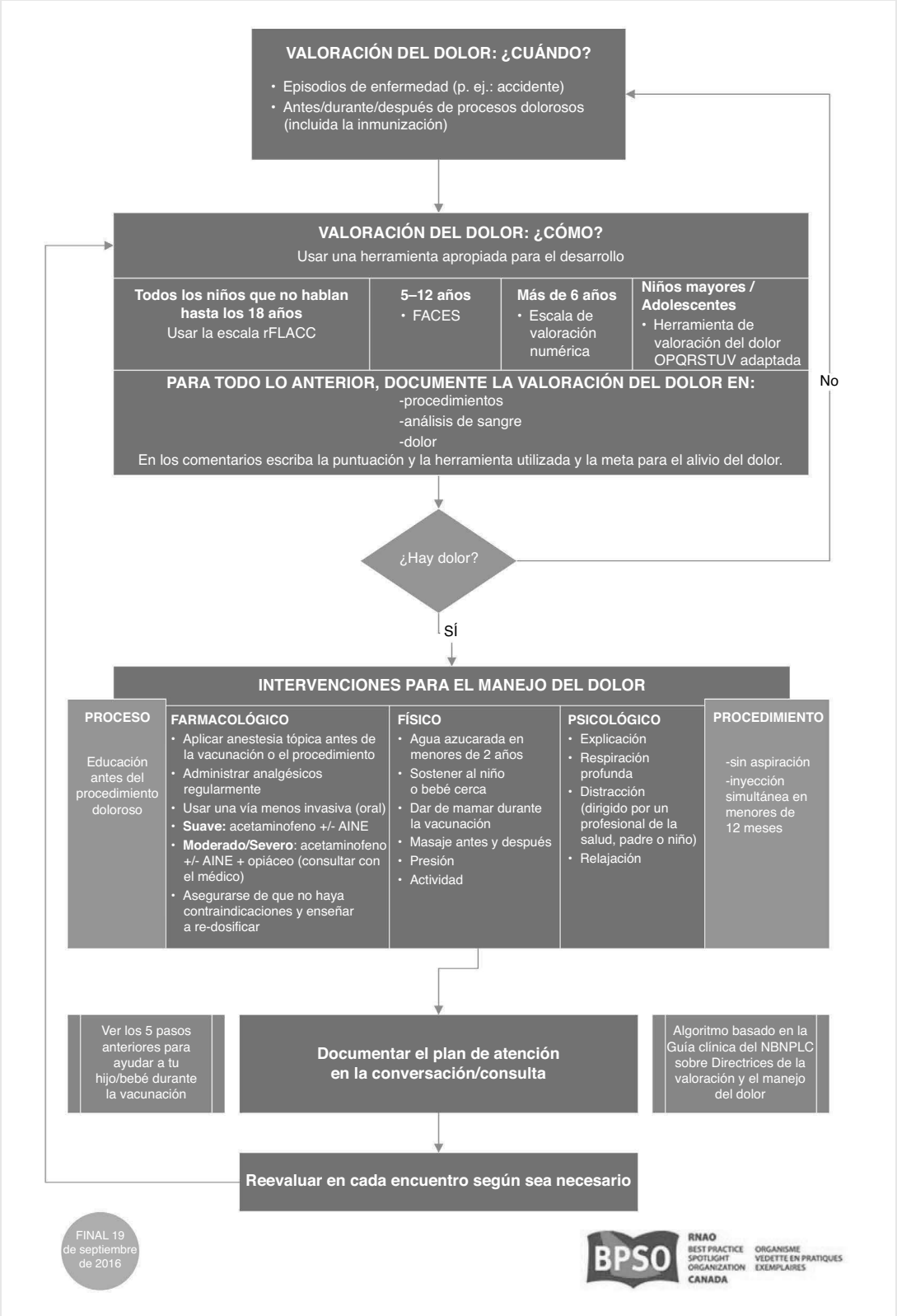


FIGURA 8.5 Protocolo para la valoración y el manejo del dolor del niño. Usado con permiso.

Los desafíos de tomarse el tiempo para determinar realmente las preocupaciones y necesidades de los pacientes, así como para prestar atención a los requisitos de documentación y recopilación de datos, son problemas reales (Young, Roberts y Holden, 2017). Estos son temas que debemos tener en cuenta al mantener un enfoque centrado en el paciente y la familia dentro de nuestro contexto de práctica basada en la evidencia y un enfoque en la calidad de la atención y los resultados.

EL LIDERAZGO COMO CLAVE DEL ÉXITO

El liderazgo gerencial tanto por parte de la directora ejecutiva, como enfermera titulada, como por parte de la directora clínica, como enfermera especialista, proporcionó aliento y dio tiempo a que el personal trabajara en las herramientas de implantación y los informes de las reuniones. Ambas líderes dieron el ejemplo de un enfoque creativo, adaptativo y de apoyo, de manera que la implantación de las Guías se convirtió en parte de una cultura de práctica basada en la evidencia en NBNPLC.

EL MAYOR RETO

Uno de los mayores desafíos a lo largo del camino fueron los cambios en el personal. Sin embargo, con el apoyo de RNAO, nos enfocamos en el desarrollo de los impulsores, aprendiendo de nuestro trabajo en las reuniones periódicas de actualización de la Guía, y desarrollamos y utilizamos apoyos para la toma de decisiones clínicas relacionadas con las Guías para la evaluación, intervención y documentación. Todas estas actividades nos ayudaron a mantener el ímpetu y mejorar continuamente.

SOSTENIBILIDAD PARA UN PEQUEÑO EQUIPO

Al principio de nuestra fase de implantación, el equipo de NBNPLC utilizó el Modelo de Sostenibilidad del Instituto de Innovación y Mejora del National Health System (NHS) (Maher, Gustafson y Evans, 2010) para determinar la mejor manera de mantener el trabajo y los logros actuales y futuros. El Modelo de Sostenibilidad es una herramienta de diagnóstico que se utiliza para predecir la probabilidad de sostenibilidad para una iniciativa de mejora. Los puntos fuertes para apoyar el trabajo y los resultados del BPSO identificados por nuestro equipo incluyeron: adecuación a la cultura y a los objetivos estratégicos de la organización; compromiso con el liderazgo clínico; comportamiento del personal para sostener el cambio; participación del personal y capacitación para sostener el proceso; efectividad del sistema para supervisar el progreso; y credibilidad de la evidencia. Las áreas de mejora fueron las siguientes: infraestructura para la sostenibilidad, compromiso de la dirección superior, adaptabilidad de los procesos mejorados y beneficios más allá de ayudar a nuestros pacientes. Se creó un plan de acción que incluyó el mantenimiento de nuestro viaje hacia adelante a medida que continuamos con la implantación en los próximos años.

Nuestro viaje como BPSO de RNAO y nuestra continua reflexión sobre nuestros esfuerzos nos ha permitido implantar sistemáticamente y mantener nuevas buenas prácticas y medir su impacto. Al proporcionar datos oportunos para las Guías, basados en el sistema de base de datos NQuIRE para evaluar el progreso, ha impulsado una orientación hacia los resultados y ha creado una cultura de una práctica duradera basada en la evidencia, lo que conduce a unos mejores resultados de salud para nuestros pacientes.

E S T U D I O D E C A S O

EXPERIENCIA DEL BPSO BAYSHORE HEALTHCARE LTD.

Bayshore HealthCare es uno de los principales centros de salud del país, proveedores de servicios de atención sanitaria en el hogar y en la comunidad y una compañía de propiedad canadiense. Programas de atención del gobierno compran sus servicios, al igual que compañías de seguros, juntas de compensación de trabajadores, organizaciones sanitarias, el sector corporativo y el público. Nosotros atendemos a los canadienses de costa a costa a través de más de 60 sucursales y más de 100 clínicas comunitarias y empleamos a aproximadamente 12.000 personas a tiempo completo o parcial, incluyendo más de 4.000 enfermeras tituladas, así como enfermeras especialistas en salud y seguridad, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, terapeutas del habla y del lenguaje, trabajadores sociales, dietistas, farmacéuticos, técnicos de farmacia, médicos, dentistas, trabajadores de apoyo personal y otros proveedores de atención no regulados.

MOTIVACIÓN PARA CONVERTIRSE EN UN BPSO

La creación de una cultura basada en la evidencia en Bayshore y la subsiguiente solicitud para ser un BPSO fue iniciada por nuestros líderes clínicos, quienes identificaron la necesidad de reenfocar la forma en que tomamos decisiones organizacionales. La idea implicaba pasar del trabajo basado en tareas al logro de resultados clínicos y se infiltraría en todos los niveles de la toma de decisiones, incluidos los procesos de planificación estratégica y la planificación de la atención basada en la evidencia, y asegurando la prestación de la atención domiciliaria de mejor calidad. De esta manera, se acordó el liderazgo operativo, lo que condujo a la participación en el riguroso proceso de solicitud de BPSO de RNAO, tras el cual, en 2012, Bayshore fue seleccionado para ser Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados.

Nuestra meta era proporcionar un servicio sostenible, superior y de confianza a nuestros pacientes y nuestros objetivos buscaban apoyar la mejora continua en nuestros programas, la capacidad de liderazgo clínico y oportunidades de investigación. Esto encajaba bien con los objetivos de nuestra organización para crear una gran experiencia de los empleados a lo largo de su carrera profesional y una experiencia de atención en Bayshore que asegurase una relación duradera con el paciente y la familia durante los procesos de atención.

Uno de los pasos iniciales fue crear un marco sólido de responsabilidad de calidad clínica, seguido de la construcción de la infraestructura y la identificación de los recursos necesarios para apoyarlo. Un equipo especializado de profesionales de la salud preparados sería clave para el cambio en las políticas, procesos y sistemas clínicos y operacionales. Estos miembros del equipo fueron formados para ser expertos en la promoción del cambio a nivel clínico a través de la transferencia de conocimientos y flujos de trabajo para impulsar la toma de decisiones informadas de primera línea.

CÓMO COMENZAMOS

Lo fundamental para apoyar los cambios en el sistema y crear sistemas robustos de gestión clínica electrónica y de aprendizaje fue cambiar la cultura de primera línea hacia un enfoque basado en la evidencia. La declaración de la visión de Bayshore encarna nuestro compromiso con la atención centrada en el paciente: “para mejorar la calidad de vida, la independencia y la dignidad de los canadienses en sus hogares”, y nuestros valores capturan nuestro compromiso de mejorar la capacidad clínica y la excelencia en la práctica de la Enfermería. Nuestra visión ayudó a impulsar el cambio cultural necesario.

En Bayshore, sabíamos que la mejor manera de hacer realidad nuestra visión de futuro era proporcionar las herramientas de apoyo a la toma de decisiones, formación y entrenamiento a nuestro personal de atención directa para que pudieran estar preparados con las herramientas más relevantes y actualizadas, conocimientos de Enfermería, estar seguros en su entorno de trabajo y sentirse seguros y apoyados por la organización.

El trabajo de BPSO nos ha ayudado a reforzar aún más nuestros valores de una manera demostrable y para promover nuestra misión de marcar la diferencia en la vida de nuestros pacientes. Entendimos que esto requeriría el compromiso de abrazar la cultura de las buenas prácticas en Enfermería, el apoyo y la participación de todas las enfermeras de nuestra organización y la asignación de recursos a nivel nacional, sectorial y de atención directa.

El Acuerdo de BPSO describía el alcance del proyecto y se estableció un comité directivo para apoyar el liderazgo y la toma de decisiones. Se crearon subcomités desarrollados a nivel de grupo de trabajo para asumir aspectos específicos del trabajo como el desarrollo de directrices. El desarrollo de las capacidades era fundamental para crear un plan a largo plazo a través de una cohorte identificada de enfermeras. Contamos con la participación de una masa crítica de enfermeras como impulsoras de las Guías para apoyar la implantación y evaluación de las guías y creamos una red de impulsores de las Guías por toda la organización en Canadá. Trabajamos con el BPSO Coach de RNAO y otras organizaciones de mentores

designadas a desarrollar la capacidad de implantación de las guías, por lo que nos sentimos muy respaldados en este trabajo.

El cambio cultural se inició a través de un equipo central de seis impulsores de las buenas prácticas de eSalud de RNAO que trabajaron en nuestra primera implantación de Guías en 2006. Introdujeron las Guías de entornos laborales saludables, lo que nos guio a en la revisión y corrección de muchas de nuestras directrices, incluyendo las de recursos humanos, clínicas y operativas para establecer el escenario para la implantación de las Guías Clínicas.

Los datos guiarían nuestro aprendizaje y nuestra atención. Se incluyeron métricas para seguir la implantación y la evaluación en los ámbitos de la práctica de la Enfermería, los resultados clínicos y la estructura organizativa. Estábamos bien posicionados para participar en proyectos de investigación, con nuestros datos incluidos en la base de datos NQuIRE. Creamos un puente para la interfaz de datos entre nuestros sistemas de gestión clínica electrónica y el sistema de RNAO NQuIRE para apoyar la evidencia e informar de las revisiones de los procesos basados en los resultados y el contenido de las Guías de Buenas Prácticas.

CONSTRUYENDO UNA CULTURA DE PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Uno de los mayores desafíos en la prestación de servicios clínicos de atención en el hogar es la naturaleza remota del trabajo. A menudo, nuestras enfermeras tienen una historia clínica e información de fondo limitada sobre los pacientes y su estado de salud actual al comenzar la atención sanitaria. Inicialmente, con el consentimiento del paciente, la enfermera de cuidados en el hogar lleva a cabo una evaluación de riesgos y peligros que crea un entendimiento del entorno de cada paciente e identifica los riesgos potenciales para cada uno de ellos, así como para el equipo de atención. Ejemplos de posibles riesgos pueden incluir la presencia de alfombras de goma que podrían ser un peligro de caída para el paciente, o perros o armas que podrían ser un peligro para el equipo de cuidados de salud que visita la casa.

La atención en Bayshore ha evolucionado significativamente a lo largo de los años desde la implantación de BPSO, en la transición del uso de plantillas de evaluación y de planes de atención al uso de vías de atención algorítmicas que guían a los profesionales de la salud para preparar un plan de acción basado en la evidencia. Estas vías se basaban en las Guías de RNAO y este enfoque basado en las vías fue fundamental para avanzar hacia la implantación final de los conjuntos de normas enfermas de RNAO para una atención específica basada en la población, que requería un sistema sólido de gestión de información clínica electrónica.

Posteriormente, durante nuestro periodo de candidatura a BPSO de 2012 a 2015, Bayshore fue capaz de implantar Guías que se ajustaban con nuestra dirección estratégica, incluyendo *Cuidados centrados en la persona y familia* (RNAO, 2015); *Apoyar y fortalecer a las familias a través de eventos de vida esperados e inesperados* (RNAO, 2002f); *Prevención de caídas y lesiones por caídas en personas mayores* (RNAO, 2002d); *Salud oral: evaluación e intervención en Enfermería* (RNAO, 2008a); y *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2009a). Se consideró que estas Guías eran vitales para proporcionar una atención centrada en el paciente que incluyera a la familia y a los cuidadores. Nuestra organización deseaba deliberadamente mejorar el apoyo a los proveedores de atención no regulados a través del proceso de transferencia de autoridad, y a nuestros profesionales de la salud que brindan atención a nuestra población de pacientes a través de todo tipo de atención comunitaria y programas en todo Canadá. También elegimos Guías para implantar dentro de los dominios clínicos para fortalecer nuestros programas de firma: cuidado de heridas, cuidados paliativos de hospicio, pediatría y ancianos frágiles. Después de nuestra designación como BPSO, agregamos Guías incluyendo *Facilitar el aprendizaje centrado en el cliente* (RNAO, 2012a) y *Estrategias para apoyar la autogestión en afecciones crónicas: colaboración con los clientes* (RNAO, 2010e).

MANTENER LOS CAMBIOS

La sostenibilidad requiere vigilancia e inversión continua como un BPSO, comunicando lo que representa y manteniéndolo al frente del pensamiento y la filosofía de Bayshore. Ha habido una constante aceptación por parte de los profesionales de la salud en toda la organización. El reto es mantener el foco en la conducción de la atención basada en la evidencia y, lo que es más importante, mantenerlo relevante a lo que está impactando a Bayshore y el sector de la asistencia domiciliaria. Como nuestros líderes en la práctica clínica han reconocido, hay que tener en cuenta a todas las guías en relación con el contexto de la atención domiciliaria, y cuanto mejor hagamos esto, mejor será el ajuste y el potencial para un uso sostenido.

El desarrollo y la utilización del Modelo de responsabilidad clínica de Bayshore ha apoyado la sostenibilidad de implantación de las Guías. Este enfoque es fundamental para la consecución de resultados, trabajando en el marco de programas integrados o agrupados (ver Figura 8.6).

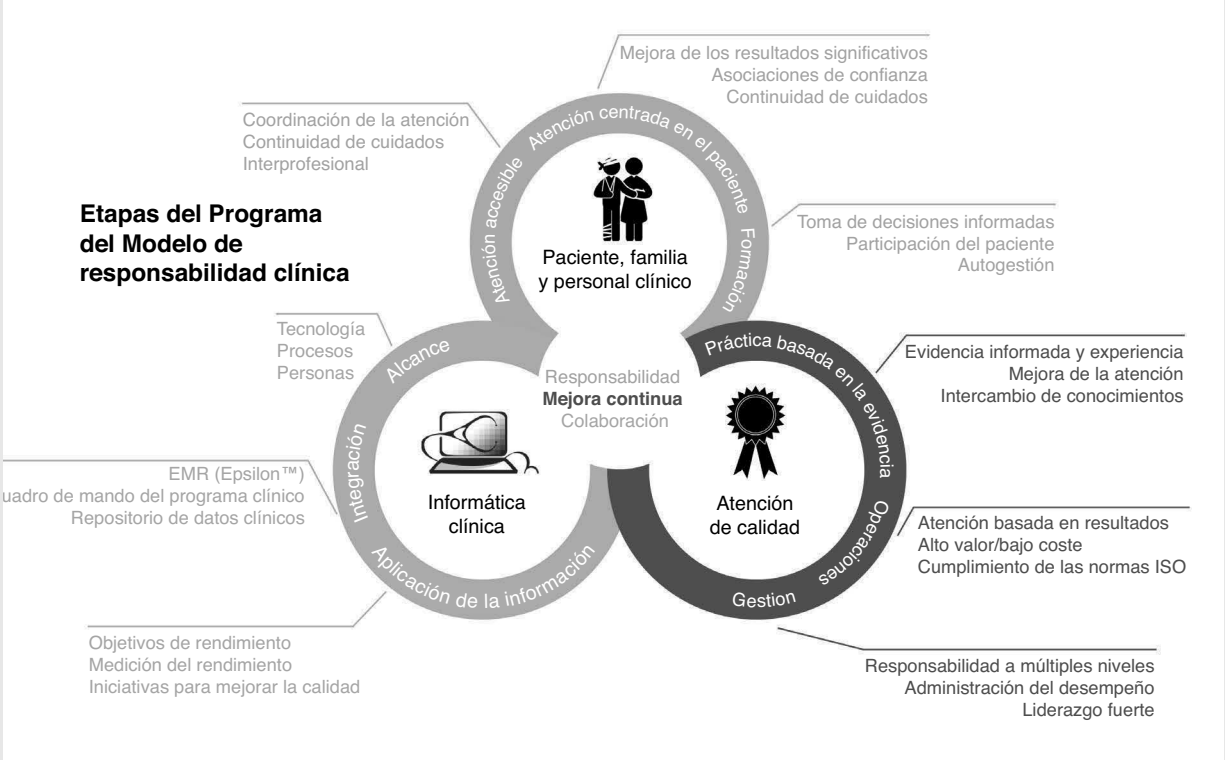


FIGURA 8.6 Modelo de responsabilidad clínica de Bayshore.
Usado con permiso.

ÉXITOS Y RETOS COMO BPSO

Como BPSO, Bayshore fue capaz de aumentar el liderazgo clínico y la toma de decisiones clínicas y de gestión basadas en la evidencia, a través de las fases de mantenimiento de candidaturas y designaciones de BPSO. Nuestras estructuras y extensión se modificaron para crear un sistema de control más efectivo y eficiente. Los éxitos de nuestra inversión en la práctica basada en la evidencia a través de la designación de BPSO fueron:

- Los cambios en el sistema para apoyar la práctica basada en la evidencia (por ejemplo, el uso de evidencia por parte de los financiadores en los requisitos de presentación de informes que se ajustan a los conjuntos de normas enfermeras de RNAO).
- El apoyo a discusiones con financiadores gubernamentales para pasar de medir solo los indicadores del proceso operativo a medir los indicadores de resultados clínicos.
- El incremento de nuestra habilidad para crear capacidad como organización a través de la implantación de Guías de entornos laborales saludables, que abordaron el reto de la gestión del cambio y la transformación para sostener un sistema basado en la evidencia (*Desarrollo y manteniendo del liderazgo en Enfermería* [RNAO, 2013c]; *Gestión y mitigación de conflictos en los equipos de salud* [RNAO, 2013d] y *Práctica colaborativa en los equipos de Enfermería* [RNAO, 2016b]).
- Pudieron desplegarse en todos los grupos de proveedores de atención, incluyendo enfermeras tituladas, cuidadores no regulados, farmacéuticos, terapeutas y empleados operativos no clínicos y de negocios.
- Difundir con éxito las Guías de RNAO en todo el país.
- Maximizar el impacto como organización de conocimiento a través de la práctica basada en la evidencia, el uso de conjuntos de normas enfermeras y la evaluación de los datos a lo largo del tiempo.

Sabíamos que iban a existir posibles barreras para la implantación y sostenimiento de nuestro trabajo, así que se identificaron y se cuantificaron los riesgos y se desarrollaron estrategias para responder. Algunos de los primeros desafíos que se identificaron y mitigaron incluían:

- El apoyo continuo de la alta dirección, no solo un compromiso en el comienzo.
- La falta de compromiso con los recursos a lo largo del tiempo.
- No incluir a todo el personal, incluidos los médicos de atención directa.
- No contar con sistemas para monitorizar los resultados.
- No tener líderes e impulsores clínicos locales en el punto de atención al paciente.

EL IMPACTO EN BAYSHORE

Hemos trabajado con los formadores y mentores de BPSO de RNAO y con los BPSO designados, para implantar las Guías, para acceder a la experiencia existente y contribuir al seguimiento de la mejora de la calidad de los resultados. Esta ha sido una fuerte asociación con más de 5 años de inversión en liderazgo clínico, desarrollo de sistemas y marcos de trabajo de aprendizaje y conocimiento que han transformado a la organización para que refleje una cultura de atención basada en la evidencia.

Bayshore ha estado en un viaje significativo desde que implementó las Guías iniciales para liderar toda la organización hacia una atención responsable y basada en la evidencia. Nuestro liderazgo clínico y la red de impulsores fueron fundamentales en nuestra capacidad para embarcarnos en programas expansibles en todas las provincias y para tener éxito en efectuar cambios en la primera línea. Esto apoyó nuestro crecimiento y nuestro ambiente de trabajo positivo, permitiendo a los profesionales de la salud prosperar en su práctica, puesto que la evidencia no solo está al alcance de la mano, sino que también se utiliza activamente en la práctica, apoyada por el liderazgo en todas las funciones.

E S T U D I O D E C A S O

EXPERIENCIA DEL BPSO HOSPITAL ST. MICHAEL

St. Michael's Hospital (SMH) es un centro urbano con 459 camas, centro académico de ciencias de la salud totalmente afiliado a la Universidad de Toronto. El hospital emplea a más de 6.000 personas, incluyendo a 1.887 enfermeras tituladas y 52 enfermeras especialistas. El hospital ofrece servicios de educación terciaria y cuaternaria en cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención primaria y endoscopia terapéutica. Es uno de los dos centros de trauma para adultos de nivel 1 en el área metropolitana de Toronto. El SMH fue fundado por las Hermanas de San José en 1892 con la misión de cuidar de los enfermos y pobres de la ciudad de Toronto en el centro de la ciudad.

INCORPORAR LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA CULTURA

Nuestra trayectoria de designación de BPSO de RNAO ha permitido que se incorporen prácticas basadas en la evidencia en el tejido de la práctica de Enfermería en el SMH. El trabajo de BPSO es evidente en toda la organización, desde nuestras ofertas de comunicación corporativa y desarrollo profesional hasta la planificación de prioridades corporativas y actividades de cuidado directo. La transición de candidato a BPSO designado fue un proceso sin contratiempos debido, en parte, a los fuertes cimientos establecidos durante nuestro trabajo de candidatura. La Enfermería ha aceptado la importancia de las prácticas basadas en la evidencia y ha seguido participando en mayor implantación, sostenibilidad y difusión de las Guías desde la designación de BPSO.

El equipo de designación de BPSO concentra ahora sus esfuerzos en el desarrollo y apoyo de los procesos y estructuras corporativos para mantener, propagar e iniciar la adopción de las Guías. Desde que comenzamos nuestro proceso de solicitud de la designación de BPSO en 2009, hemos iniciado con éxito 33 Guías; de las cuales, 6 han sido añadidas recientemente, 13 se han puesto en marcha y se han mantenido; y 14 se han mantenido y se han expandido a nuevas áreas. Aproximadamente el 30% de nuestro personal de 37 diferentes áreas de atención clínica son reconocidos como impulsores de Guías basados en sus conocimientos y en el liderazgo en la adopción de Guías (ver Tabla 8.1 para una lista detallada de las Guías que se han implantado en el SMH).

TABLA 8.1 GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS QUE HAN SIDO IMPLANTADAS EN EL SMH Y SU ESTADO: IMPLANTADA, SOSTENIDA O EN EXPANSIÓN

NÚMERO	GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO	ESTADO
	Establecimiento de relaciones terapéuticas (RNAO, 2002c)	En expansión
	Profesionalidad en Enfermería (RNAO, 2007)	En expansión
	Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermera (RNAO, 2008b)	En expansión
	Intervención en casos de crisis (RNAO, 2002b)	En expansión
	Apoyar y fortalecer a las familias a través de eventos de vida esperados e inesperados (RNAO, 2002f)	En expansión
	Manejo de la hipertensión en Enfermería (RNAO, 2005d)	Se mantiene
	Valoración del ictus mediante la atención continuada (RNAO, 2005e)	Se mantiene
	Desarrollo y mantenimiento de prácticas efectivas de personal y de carga de trabajo (RNAO, 2005b)	Se mantiene
	Integrar el abandono de fumar en la práctica diaria enfermera (RNAO, 2003c)	Se mantiene
	El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial (RNAO, 2005f)	En expansión
	Lactancia materna (RNAO, 2003a)	En expansión
	Aceptación de la diversidad cultural en la atención de la salud: desarrollo de la competencia cultural (RNAO, 2003b)	En expansión
	Intervenciones para la depresión posparto (RNAO, 2005c)	Se mantiene
	Manejo de la incontinencia mediante evacuación inducida (RNAO, 2002e)	En expansión
	Revisión para delirio, demencia y depresión en adultos mayores (RNAO, 2010d)	En expansión
	Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético (RNAO, 2013a)	Se mantiene
	Valoración y selección de dispositivos de acceso vascular (RNAO, 2004)	Se mantiene
	Atención centrada en el paciente (RNAO, 2002a)	En expansión
	Prevención de caídas y reducción de lesiones en adultos mayores (RNAO, 2002d)	En expansión
	Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio demencia y depresión (RNAO, 2010b)	En expansión
	Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión (RNAO, 2010c)	Se mantiene
	Fomento *de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* (RNAO, 2012b)	En expansión
	Prevención y gestión de la violencia en el lugar de trabajo (RNAO, 2009c)	Se mantiene
	Valoración y manejo del dolor (RNAO, 2009a)	En expansión

continúa

TABLA 8.1 GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS QUE HAN SIDO IMPLANTADAS EN EL SMH Y SU ESTADO: IMPLANTADA, SOSTENIDA O EN EXPANSIÓN (CONTINUACIÓN)

NÚMERO	GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO	ESTADO
	Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones (RNAO, 2005a)	Se mantiene
	Estrategias para apoyar la autogestión en enfermedades crónicas: colaboración con los clientes (RNAO, 2010e)	Se mantiene
	Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida (RNAO, 2010a)	Se mantiene
	Prevención y mitigación de la fatiga de las enfermeras en la atención sanitaria (RNAO, 2011b)	Implantada
	Desarrollo y mantenimiento de la atención sanitaria interprofesional (RNAO, 2009b)	Implantada
	Transiciones en el nivel de atención (RNAO, 2014a)	Implantada
	Delirio, demencia y depresión en las personas mayores: valoración y cuidados (RNAO, 2016a)	Implantada
	Atención centrada en la persona y la familia (RNAO, 2015)	Implantada
	Atención al final de la vida durante los últimos días y horas (RNAO, 2011a)	Implantada

Incorporar la práctica basada en la evidencia en nuestra cultura y los procesos de trabajo diario es el resultado de seis estrategias colectivas, que incluyen:

1. Alineación del trabajo de BPSO con los objetivos estratégicos y prioridades de la organización.
2. Evolución de las estructuras de gobierno, infraestructura y mecanismos.
3. Comunicación de las actualizaciones y compartir logros.
4. Evaluación de nuestro impacto.
5. Difusión y mantenimiento de las Guías.
6. Uso de la financiación externa y de las oportunidades de asociación.

ALINEACIÓN DEL TRABAJO DE BPSO CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y PRIORIDADES DE LA ORGANIZACIÓN

La implantación de la Guías de Buenas Prácticas está deliberadamente alineada con los objetivos estratégicos y prioridades del SMH. Durante nuestro primer periodo de candidatura, los requisitos de BPSO fueron incorporados en las metas y objetivos corporativos anuales. Desde entonces, la implantación de BPSO en curso y el trabajo de evaluación ha sido alineado no solo con nuestros objetivos estratégicos y prioridades corporativas, sino también con un mejor ajuste con la estrategia corporativa, la mejora de la calidad, los planes estratégicos interprofesionales y la iniciativa del Hospital Senior Friendly.

La calidad de la atención al paciente siempre ha sido una prioridad para Enfermería en el SMH; sin embargo, la designación de BPSO de RNAO creó una oportunidad para ser explícito y comunicar que la prioridad de la Enfermería en el SMH era proporcionar una atención consistente y de calidad a

los pacientes a través del conocimiento basado en la evidencia. Con el apoyo del liderazgo en Enfermería, las enfermeras identificaron las Guías que creían que abordarían de la mejor manera las posibles brechas en atención de calidad en sus unidades locales. El Comité directivo de BPSO recomendó tres Guías corporativas fundamentales que todas las unidades clínicas implantarían. Estas eran: 1) Est*ablecimiento de relaciones terapéuticas* (RNAO, 2002c); 2) *Profesionalidad en Enfermería* (RNAO, 2007) y 3) *Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermera* (RNAO, 2008b).

EVOLUCIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE GOBIERNO, LA INFRAESTRUCTURA Y LOS MECANISMOS

Desde su selección como BPSO, el SMH ha evolucionado su infraestructura y estructuras de gobierno (por ejemplo, posiciones y recursos) para asegurar que la supervisión y la profesionalización están disponibles para cumplir con los requisitos de BPSO.

GOBIERNO

En la actualidad, las actividades de BPSO forman parte de las responsabilidades del Consejo Asesor de Enfermería (Nursing Advisory Council) y sus diversos subcomités. Este Consejo es responsable ante el Jefe de Enfermería y el Ejecutivo de disciplinas de la salud por tratarse del Promotor del BPSO ejecutivo que apoya la integración de las buenas prácticas en las operaciones diarias y las prioridades de la organización. Este patrocinio de alto nivel permite establecer vínculos con la investigación clínica, la práctica de Enfermería y la formación. El SMH también estableció un comité directivo en 2015 para dirigir la selección de los indicadores de las Guías para enviar informes a NQuIRE, un nuevo requisito para mantener la designación de BPSO. Los miembros reflejaron a las principales partes interesadas, en la práctica, la formación y la investigación, así como en la gestión y los sistemas de datos.

INFRAESTRUCTURA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

También se realizaron cambios en la infraestructura de la cartera de práctica profesional para responder a los requisitos de mantenimiento de la designación de BPSO. La cartera incluye un puesto a tiempo completo responsable de apoyar la integración y sostenibilidad de las Guías de Buenas Prácticas en la práctica diaria. También se incluye un rol de analista de datos a tiempo parcial para que la práctica profesional desarrolle procesos y herramientas de auditoría para apoyar la evaluación de las Guías a nivel local y corporativo y apoyar nuestros compromisos con NQuIRE.

MECANISMOS

Durante los últimos 8 años, se han diseñado varios mecanismos y se han repartido para proporcionar aprendizaje y oportunidades de desarrollo de capacidades para las enfermeras de atención directa, como las comunidades de práctica, campamentos de formación, sesiones de refuerzo y mentores asignados. Entre otros mecanismos, cabe citar las becas y el apoyo financiero para que las enfermeras puedan participar en el momento del lanzamiento de estas ofertas y liderar la implantación y difusión de sus respectivos proyectos de Guías.

COMUNICACIÓN DE ACTUALIZACIONES Y COMPARTIR LOS LOGROS

Durante los últimos 8 años, de acuerdo con los requisitos del programa BPSO, el equipo de práctica profesional también ha convertido en una prioridad perfilar las actividades del BPSO, reconociendo los logros y el esfuerzo de los impulsores y de los equipos que lideran el trabajo para mantener el impulso del BPSO en toda la organización. En la Tabla 8.2 se enumeran las principales estrategias de comunicación asociadas con la designación e implantación de las Guías. Además, hemos publicado aspectos de nuestros procesos de implantación y resultados en revistas académicas y profesionales (Santiago & Smith, 2015; Thomas et al., 2016; Wannamaker, Michelsen, & Santiago, 2015).

TABLA 8.2 COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DEL TRABAJO DEL BPSO E IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS

MECANISMO	DESCRIPCIÓN
Brillando la luz sobre los logros del BPSO St. Michael	Un boletín anual de BPSO con la intención de resaltar algunos de los logros de las buenas prácticas en SMH con ejemplos de cómo nuestros equipos de Enfermería están implantando, evaluando y manteniendo las Guías de RNAO.
Semana de Enfermería—Poster Gallery Walk Medios de comunicación internos Rondas de Enfermería Escenario de la Práctica Profesional del mes	Las actividades de BPSO se perfilan continuamente a través de columnas de Enfermería regulares en los medios de comunicación internos, eventos de la semana de Enfermería, rondas de Enfermería, intranet interna y el "escenario de práctica profesional del mes", asegurándonos de que nuestra designación de BPSO y las actividades se mantienen a la vanguardia del SMH.
Simposio BPSO	Una Guía corporativa que presenta una oportunidad con presentaciones orales y pósteres.
Ovaciones de pie	Las ovaciones de pie se presentaron por primera vez en nuestro Simposio BPSO en noviembre de 2010. El equipo de gestión de proyectos de BPSO y los ejecutivos del SMH acuden a clínicas en las que se han implementado Guías. Los profesionales de la salud de nivel local presentan sus actividades de implantación de las Guías y reciben un agradecimiento y una ovación de pie por sus logros.
Intranet de BPSO	Nuestro sitio de intranet de BPSO fue desarrollado y actualizado continuamente e incluye todos los componentes de nuestro trabajo de BPSO.
Póster BPSO e insignias de BPSO	Como parte de la celebración de nuestra designación, creamos un póster que resaltaba a cada equipo de implantación de Guías con una foto del equipo y una breve descripción de sus logros hasta la fecha, junto con los mensajes clave de los ejecutivos del SMH. Cada enfermera recibió una copia del póster y una insignia de BPSO para conmemorar nuestra designación de BPSO.
Enfermeras impulsoras de las Guías e reconocimientos de mentores	Durante el evento anual de la semana de Enfermería del SMH, en el evento del mantenimiento de las Guías y el Poster Gallery Walk, A las enfermeras impulsoras de las Guías y mentoras se les otorga un distintivo para reconocer y celebrar su papel en la implantación y evaluación de las Guías en sus respectivas áreas.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO

Hemos evaluado la implantación de las Guías de Buenas Prácticas desde el periodo de candidatura de BPSO, tanto a nivel corporativo, como a nivel de unidad y de equipo local utilizando la investigación, la mejora de la calidad y métodos de evaluación de programas. Se destacan ahora algunas de las actividades clave:

NQUIRE

Un número elegido de Guías de Buenas Prácticas están siendo supervisadas y evaluadas a través de NQuIRE. El comité directivo sigue un enfoque sistemático de la selección de indicadores del proceso de Guías. Cada indicador dentro de los diccionarios de datos de las Guías de RNAO fue evaluado por nuestro comité directivo en base a las siguientes consideraciones: 1) alineación con las iniciativas o prioridades corporativas y programáticas; 2) actividades actuales de recopilación de datos (procesos y emplazamientos); 3) cotejo de las definiciones y el calendario; 4) recopilación de datos prevista 5) viabilidad actual y futura; 6) confidencialidad de datos por parte de los encargados y de los grupos interesados; y 7) tipo de medida.

Los siguientes son cinco indicadores de las Guías que fueron seleccionados utilizando este proceso: 1) "Minutos para recibir medicación para el dolor" (*Evaluación y gestión del dolor*); 2) "Tratados con amabilidad y respeto" en toda la empresa (*Atención centrada en el paciente*); 3) "Tasa de caídas" (*Prevención de caídas en adultos mayores*); 4) "Tasa de lactancia materna exclusiva" y 5) "Tasa de suplementación con leche en fórmula (lactancia materna).

INICIATIVAS DE ATENCIÓN UTILIZANDO EVIDENCIA (CUE) Y CUE-QI (MEJORA DE LA CALIDAD)

El panel de control de CUE (Care Utilizing Evidence) es una auditoría corporativa y un mecanismo de retroalimentación que comparte los resultados y procesos relacionados con los datos de las Guías con el personal de Enfermería de atención directa. Se ha convertido en una manera valiosa para que los profesionales de la salud y los gerentes de las unidades puedan ver el impacto de su atención en los pacientes, mantenerse en el camino correcto, vigilar tendencias e identificar oportunidades para la mejora continua a través de una revisión y seguimiento regulares (Jeffs, 2014; Jeffs et al., 2014).

Además, se han llevado a cabo una serie de estudios de investigación que exploran la seguridad del paciente, las enfermeras y las organizaciones y experiencias asociadas con un enfoque integrado para la implantación de las Guías. Los resultados demuestran claramente las relaciones positivas entre los resultados del paciente y de los proveedores de atención y la implantación de las Guías Clínicas y de entornos laborales saludables en nuestra organización (Beswick, Westell, Sweetman, Mothersill, & Jeffs, 2013; Jeffs, 2014; Jeffs, Acott, Simpson y otros, 2013; Jeffs, Beswick, Acott y otros, 2014; Jeffs, Beswick, Campbell y otros, 2013; Jeffs, Beswick, Lo y otros, 2013; Jeffs, Cardoso y otros, 2013; Jeffs y Lo, Beswick y Campbell, 2013; Jeffs, Sidani y otros, 2013; Jeffs et al., 2012).

DIFUNDIENDO Y SOSTENIENDO LAS GUÍAS EN EL HOSPITAL ST. MICHAEL

Se ha desarrollado un conjunto de estrategias (ver Tabla 8.3) para difundir y mantener las Guías de Buenas Prácticas en los procesos y funciones del flujo de trabajo diario.

TABLA 8.3 ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN Y SOSTENIBILIDAD

ESTRATEGIAS	DESCRIPCIÓN
Comunidad de prácticas de sostenibilidad	Reuniones mensuales de la sostenibilidad de las Guías de las Comunidades de prácticas para el intercambio de experiencias y del conocimiento.
Talleres de Sostenibilidad	El taller de 6 horas está dirigido a los Evaluadores de Sostenibilidad y a otros en posiciones de liderazgo. Un requisito previo para la asistencia es una evaluación completa de los planes y el ciclo de Planear-Hacer-Estudiar-Actuar.
Plantilla de Sostenibilidad de las Guías	Esta plantilla se distribuye dos veces al año a todas las áreas clínicas como mecanismo para informar a la práctica profesional de Enfermería sobre la implantación, evaluación y actividades de sostenibilidad de las Guías. Esto se convierte en parte de un informe a nivel de toda la organización para hacer un seguimiento de las actividades relacionadas con las Guías de Buenas Prácticas a nivel local y corporativo.

USO DE LA FINANCIACIÓN EXTERNA Y LAS OPORTUNIDADES DE ASOCIACIÓN

Una parte integral de nuestra exitosa designación de BPSO en curso, han sido las oportunidades para aprovechar la financiación externa y las asociaciones con nuestros colaboradores. Esto incluye el uso de fondos de investigación para evaluar el impacto de las Guías. Hemos sido participantes activos con el Centro de Investigación de Buenas Prácticas de Enfermería (Nursing Best Practices Research Centre, NBPRC) y también estamos involucrados en el desarrollo y revisión de las Guías y de los comités de selección de candidatos de BPSO.

LECCIONES APRENDIDAS

Nuestro BPSO es un centro vasto con más de 2.000 enfermeras tituladas y otras partes interesadas relacionadas. Realizar cambios menores en la práctica es un desafío, por no hablar de un cambio importante en la cultura que supuso la designación de BPSO. Algunas de las lecciones clave aprendidas que fueron y siguen siendo críticas para nuestros logros como BPSO incluyen:

- Desarrollar y utilizar planes a lo largo de todo el proceso.
- Involucrar al personal de atención directa en la planificación, implantación, dirección, difusión y evaluación.

- Usar múltiples estrategias innovadoras para iniciar, sostener, y aumentar.
- Desarrollar e involucrar a los impulsores a todos los niveles.
- Alinearse estratégicamente con las prioridades generales de la organización.
- Involucrar al equipo directivo superior.

PRIORIDADES FUTURAS

En el futuro, continuaremos creando capacidad y apoyo al desarrollo y éxito de los impulsores y los equipos al:

- Ofrecer una comunidad de práctica de Guías mensual.
- Establecer un modelo de tutoría formal de enfermeras impulsoras de las Guías.
- Proporcionar a las enfermeras impulsoras de Guías de Buenas Prácticas tiempo para liderar las iniciativas de las Guías.

El SMH continuará ajustando las actividades de BPSO, incluyendo la difusión, sostenibilidad y adopción de nuevas Guías de RNAO, con otras prioridades corporativas. También continuaremos contribuyendo a la base de datos NQuIRE de RNAO, evaluaremos de forma rutinaria los diccionarios de datos de las Guías que han sido publicadas recientemente y buscaremos oportunidades para aprovechar los informes y procesos de NQuIRE con otras prioridades corporativas.

A través de estas y otras iniciativas de Guías, el SMH es capaz de hacer progresos para asegurar que nuestros pacientes y sus familias están recibiendo la atención de la mejor calidad posible y están a salvo durante su viaje de atención sanitaria con nosotros.

PERSPECTIVAS FINALES DE LOS LÍDERES ORGANIZATIVOS DE LOS BPSO

En este capítulo, los líderes de enfermería de cinco BPSO que representan a todos los sectores y que van desde las primeras hasta las últimas cohortes, han compartido su historia como BPSO. Cada uno ha descrito la motivación para convertirse en un BPSO, cómo empezar, los éxitos y desafíos, el impacto organizacional general, cómo se ve el BPSO en sus organizaciones a día de hoy, así como las perspectivas futuras. En resumen:

- Toronto Public Health ha reestructurado sus equipos interprofesionales de Enfermería para centrarse en la práctica basada en la evidencia y el liderazgo de Enfermería a través del desarrollo de los impulsores de buenas prácticas y de sus narraciones.
- Bluewater Health, un hospital comunitario, ha "conectado" su organización con las Guías de Buenas Prácticas, incluyendo la Guía de *Atención centrada en el paciente y la familia*, y ha preparado el escenario para una revolución cultural orientada al paciente.
- La clínica dirigida por enfermeras especialistas de North Bay ha utilizado la designación de BPSO para conectar con los grupos interesados de la comunidad y construir un equipo interprofesional fuerte a través del uso de Guías para guiar la práctica de una manera consistente.
- Bayshore Home Health ha difundido las Guías de Buenas Prácticas a través de la nación y ha maximizado su impacto dentro de la comunidad y el sector de la atención domiciliaria a través de la práctica interprofesional basada en la evidencia y el uso de conjuntos de normas enfermeras basados en la evidencia.
- El hospital St. Michael, un entorno grande de cuidados intensivos, ha implantado numerosas Guías de Buenas Prácticas para crear y mantener un "tsunami" de práctica basada en la evidencia dentro de su organización.

CONCLUSIÓN

Los nuevos retos y éxitos del programa BPSO aún no han sido experimentados ni en nuestras organizaciones, ni en las suyas. Una cosa que sabemos con seguridad es que los líderes de Enfermería deben comprometerse a maximizar el impacto de las Guías de Buenas Prácticas tanto en los resultados de los pacientes como en la práctica de Enfermería. No hay necesidad de abordar este trabajo por su cuenta, así que, es bueno contactar con otros líderes de Enfermería de su región, su provincia, su país y del mundo. Formar parte del movimiento internacional de BPSO puede ser un paso transformador para su organización. Contacte con la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario para explorar cómo puede empezar su propio viaje de BPSO. Comparta ideas, innovaciones y recursos. Sepa que los pacientes, las familias, los empleados, los voluntarios, los profesionales de la salud y los donantes cuentan con usted para que dirija el proceso y para que lo haga bien. Debemos tener curiosidad. Debemos ser compasivos. ¡Debemos ser valientes!

MENSAJES CLAVE

Aunque hubo diferencias significativas en nuestros sectores de salud, las ubicaciones geográficas, el tamaño y la complejidad de la organización, también hubo puntos en común para los líderes de Enfermería en las cinco organizaciones. Los autores de este capítulo creen que puede ser útil para los lectores considerar las siguientes formas de colaborar y los consejos. Todo ello ha sido compartido a través de la perspectiva de las experiencias de primera mano de aquellos que han estado o están inmersos en este increíble trabajo, con la intención de maximizar el éxito.

- Es esencial *despertar el deseo* de convertirse en un Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados a través de la organización, incluyendo su Junta Directiva. El equipo directivo superior debe ser visiblemente solidario y estar comprometido con este objetivo. Es importante utilizar los comités existentes y estructuras departamentales como plataformas y palancas para el trabajo.
- Es fundamental *alinear la decisión* de convertirse en BPSO con su declaración de la misión, el plan estratégico actual y el plan de calidad. *No espere a su próximo plan estratégico o a su próximo plan de calidad. Empiece donde está. Trabaje con lo que tenga.* Revise su plan de calidad para ver dónde se relacionan sus metas con las Guías de Buenas Prácticas. Evalúe el entorno y el momento oportuno. ¿Está pasando algo más? *Es ideal si hay ganas, tirón, un resquicio y estructuras estratégicas en marcha.* Empiece por elegir las Guías de Buenas Prácticas específicas que tendrán el mayor impacto, significado, e interés para empezar. Busque las primeras victorias. Se habrá dado cuenta a través de las historias que aparecen en este capítulo de que cada una de nuestras organizaciones seleccionó las Guías que les permitirían la adherencia temprana necesaria para la transferencia de conocimientos y el impacto final.
- *Aclare que esto no es un proyecto.* Las Guías deben alinearse con los objetivos actuales de la comisión, ejecutivos, directores, gerentes y docentes. Es fundamental para que esto se convierta en e*l verdadero* trabajo y parte de sus flujos de trabajo regulares, no un complemento. Cumplir con su filosofía de atención *es* su misión. Este trabajo tiene un principio, pero no un final.
- *Establezca un presupuesto realista.* Hay puestos que usted puede necesitar crear, proporcionar formación y desarrollo sobre las Guías de Buenas Prácticas, gastos para cubrir puestos para que el personal pueda asistir a las formaciones, eventos para planear y motivos de celebraciones.

- *Este trabajo pone los pies en la tierra, los suyos y los de otros líderes de alto nivel.* Necesitamos ser vistos y nuestras voces de apoyo deben ser escuchadas. Salga y compruébelo usted mismo. Hable con pacientes y familias (principalmente escuche). Reserve el tiempo. Haga preguntas. Descubra lo que es real. Cree oportunidades de diálogo con el personal interdisciplinario de atención directa, profesionales de la salud, el responsable de la comisión de calidad, gestores y directores. Sea agradecido. Sea la cara del trabajo de BPSO.
- *Cree la oportunidad para que el personal interprofesional sea impulsor de buenas prácticas.* Están entusiasmados por aprender y formar parte de este trabajo. La inclusividad también apoya la práctica colaborativa, como se describe en la Guía *Desarrollo y mantenimiento de la atención sanitaria interprofesional* (RNAO, 2013b) y mejora la calidad de los resultados. Fije y comunique unas expectativas de práctica para el alcance y la función. Involucre a recursos humanos, educadores clínicos, el liderazgo sindical, gestores y directores. Ser impulsor no es una tarea fácil. Hágales saber que tienen su apoyo.
- *Aproveche todos los apoyos de RNAO* para crear capacidad en la excelencia clínica basada en la evidencia, la ciencia de implantación y el liderazgo, como oportunidades para el personal de atención directa y otros.
- *Asigne un líder de buenas prácticas* como la persona de referencia para todos los impulsores y Guías. Escoja a la persona adecuada. Normalmente el candidato es una enfermera titulada con un máster y con una pasión por su trabajo. Esta persona debe rebosar energía que anime a los demás y los invite a participar en la experiencia de las buenas prácticas.
- *Cree alianzas con las comunidades universitarias y los programas de salud universitarios.* Incluya a estudiantes y profesores en las orientaciones y celebraciones. Estos jóvenes profesionales son nuestro futuro.
- Use recursos como su equipo de comunicaciones corporativas (si tiene uno) o RNAO para ayudar a contar sus historias y cubrir sus progresos y celebraciones. Ellos harán fotos, ayudarán con las presentaciones, incluirán sus historias en las comunicaciones, ayudarán con la calificación del trabajo y se asegurarán de que las publicaciones incluyen información relacionada con el BPSO. Mantenga informados a los medios de comunicaciones y a los políticos locales sobre el trabajo que está haciendo.
- *Tenga presente que su gente quiere realizar un trabajo significativo,* con un propósito, marcar la diferencia positiva y sentirse parte de las cosas. Reconozca que ellos saben bien qué es lo que necesita cambiar. Use su papel de liderazgo en Enfermería y su influencia para insistir en que el avance necesita que se involucren los pacientes y familias. Esto no es un tema que se pueda discutir y no es negociable.
- *Sepa que su "coach" BPSO es su sabio compañero estratégico y operacional.* Asista a los eventos de RNAO. Involúcrese. Asista también a las actividades formativas de RNAO. Cuente sus historias. Publique el trabajo que su organización está haciendo y sus resultados.

REFERENCIAS

Beswick, S., Westell, S., Sweetman, S., Mothersill, C., & Jeffs, L. (2013). Being more conscientious, collaborative and confident in addressing patients' fears and anxieties: Nurses' perspectives. *Nursing: Research and Reviews*, *3*, 119–124.

Capacity Review Committee. (2006). *Revitalizing Ontario's public health capacity: The final report of the Capacity Review Committee.* Retrieved from http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=5976&cf_id=68&lang=en

Choosing Wisely Canada. (n.d.). *Choosing wisely campaign*. Retrieved from http://www.choosingwiselycanada.org/

College of Nurses of Ontario. (2017). *Nurse Practitioner* [Practice Standard]. Toronto, ON: College of Nurses of Ontario.

Community Health Nurses of Canada. (2015). *Leadership competencies for public health practice in Canada.* Retrieved from https://www.chnc.ca/en/competencies

Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M. A., Grimshaw, J., . . . Eccles, M. P. (2011). Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*, Article No. CD000125.

Health Canada. (2003). *Learning from SARS: Renewal of public health in Canada.* Retrieved from http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/sars-e.pdf

Jeffs, L. (2014). Insights from staff nurses and managers on unit-specific nursing performance dashboards. *BMJ Quality & Safety*, *23*(12), 1001–1006.

Jeffs, L., Acott, A., Simpson, E., Campbell, H., Irwin, T., Lo, J., . . . Cardoso, R. (2013). Enhancing nurse surveillance, accountability, and patient safety: The value of bedside shift reporting. *Journal of Nursing Care Quality*, *28*(3), 226–232.

Jeffs, L., Beswick, S., Acott, A., Simpson E., Cardoso, R., Campbell H., & Irwin, T. (2014). Patients' views on bedside nursing handover: Creating a space to connect. *Journal of Nursing Care Quality*, *29*(2), 149–154.

Jeffs, L., Beswick, S., Campbell, H., Lo, J., Byer, C., & Ferris, E. (2013). Hospital nurses' perceptions associated with implementing multiple guidelines: A qualitative study. *Journal of Nursing Education and Practice*, *3*(2), 31–40.

Jeffs, L., Beswick, S., Lo, J., Campbell, H., Ferris, E., & Sidani, S. (2013). Defining what evidence is, linking it to patient outcomes, and making it relevant to practice: Insights from clinical nurses. *Applied Nursing Research*, *26*(3), 105–109.

Jeffs, L., Beswick, S., Martin, K., Campbell, H., Rose, D., & Ferris, E. (2012). Quality nursing care and opportunities for improvement: Insights from patients and family members. *Journal of Nursing Care Quality*, *28*(1), 76–84.

Jeffs, L., Cardoso, R., Beswick, S., Acott, A., Simpson, E., Campbell, H., . . . Ferris, E. (2013). Enablers and barriers to implementing bedside reporting: Insights from nurses. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, *26*(3), 39–52.

Jeffs, L., Lo, J., Beswick, S., & Campbell, H. (2013). Implementing an organization-wide quality improvement initiative: Insights from project leads, managers and frontline nurses. *Nursing Administration Quarterly*, *7*(3), 222–230.

Jeffs, L., Lo, J., Beswick, S., Chuun, A., Lai, Y., Campbell, H., & Ferris, E. (2014). Enablers and barriers to implementing unit-specific nursing performance dashboards. *Journal of Nursing Care Quality*, *29*(3), 200–203.

Jeffs, L., Sidani, S., Rose, D., Espin, S., Smith, O., Martin, K., . . . Ferris, E. (2013). Using theory and evidence to drive measurement of patient, nurse, and organizational outcomes of professional nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, *19*(2), 141–148.

Jennings, L., O'Neil, B., Bossy, K., Dodman, D., & Campbell, J. (2016). The story of Emily. *Patient Experience Journal*, *3*(1), 146–152.

Joint Task Group on Public Health Human Resources. (2005, October). *Building the public health workforce for the 21st century: A pan Canadian framework for public health human resources planning.* Retrieved from http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-aspc/HP5-12-2005E.pdf

Kitson, A. L. (2009). The need for systems change: Reflections on knowledge translation and organizational change. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(1), 217–228.

Maher, L., Gustafson, D., & Evans, A. (2010). NHS Sustainability Model. Retrieved from http://www.institute.nhs.uk/sustainability

Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). (2008). Ontario Public Health Standards. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/ophs_2008.pdf

National Research Corporation. (2015, October). *Bluewater Health provides exemplary access to care through a patient-centred culture.* Retrieved from http://www.bluewaterhealth.ca/documents/159/CS%20Bluewater%20Health%20FINAL.pdf

Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). (2015). *Planning health promotion programs: Introductory workbook* (4th ed.). Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario.

Ontario Hospital Association. (n.d.). *Inspiring improvement: Hospital successes in strengthening hospital-physician relationships.* Toronto, ON: Ontario Hospital Association.

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., . . . Downey, A. (2010). The role of nursing best practice champions in diffusing practice guidelines: A mixed methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *7*(4), 238–251. doi: 10.1111/j.1741-6787.2010.00202.x.

Public Health Agency of Canada (PHAC). (2012). *What is the population health approach?* Retrieved from http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-eng.php

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002a). *Client centred care.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002b). *Crisis intervention.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002c). *Establishing therapeutic relationships.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002d). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002e). *Promotion of continence using prompted voiding.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002f, 2006 Supplement). *Supporting and strengthening families through expected and unexpected life events.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2003a). *Breastfeeding Best Practice Guidelines for nurses.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2003b). *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2003c). *Integrating smoking cessation into daily nursing practice.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2004). *Assessment and device selection for vascular access.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005a). *Care and maintenance to reduce vascular access complications.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005b). *Developing and sustaining safe effective staffing and workload practices.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005c). *Interventions for postpartum depression.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005d). *Nursing management of hypertension.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005e). *Stroke assessment across the continuum.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005f). *Woman abuse: Screening, identification and initial response.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006). *Collaborative practice among nursing teams.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007). *Professionalism in nursing.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2008a). *Oral health: Nursing assessment and intervention.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2008b). *Workplace health, safety, and wellbeing of the nurse.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009a). *Assessment and management of pain* (3rd ed.) Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009b). *Developing and sustaining interprofessional health care.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009c). *Preventing and managing violence in the workplace.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010a). *Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010b). *Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010c). *Risk assessment and prevention of pressure ulcers.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010d). *Screening for delirium, dementia and depression in the older adult.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010e). *Strategies to support self-management in chronic conditions: Collaboration with clients.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011a). *End-of-life care during the last days and hours.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011b). *Preventing and mitigating nurse fatigue in health care.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a). *Facilitating client centred learning.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012c). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013a). *Assessment and management of foot ulcers for people with diabetes* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013b). *Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013c). *Developing and sustaining nursing leadership.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013d). *Managing and mitigating conflict in health-care teams.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014a). *Care transitions.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014b). *Preventing and addressing abuse and neglect of older adults: Person-centred, collaborative, system-wide approaches.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014c). *Primary prevention of childhood obesity* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015). *Person-and family-centred care.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2016a). *Delirium, dementia and depression in older adults: Assessment and care* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016b). *Intra-professional collaborative practice among nurses.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Santiago, C., & Smith, O. (2015). My story: Humanizing the critical care experience. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing, 26*(2), 33.

Thomas, A., Murray, M. A., Jeffs, L., Lonnelly, S., Marticorena, R. M., & Wald, R. (2016). Are you SURE about your vascular access? Exploring factors influencing vascular access decisions with chronic hemodialysis patients and their nurses. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists Journal, 26*(2), 21–28.

Toronto Public Health. (2011). *The impact of the Best Practice Spotlight Organization candidacy on Toronto Public Health.* Toronto, ON: Toronto Public Health.

Toussaint, J., Gerard, R., & Adams, E. (2010). *On the mend: Revolutionizing healthcare to save lives and transform the industry.* Cambridge, MA: Lean Enterprise Institute.

Wannamaker, K., Michelsen K. C., & Santiago, C. (2015). Ticket to ward: Transitioning patients from MSICU to inpatient areas. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing, 26*(2), 33.

Young, R. A., Roberts, R. G., & Holden, R. J. (2017). The challenges of measuring, improving, and reporting quality in primary care. *Annals of Family Medicine, 15*(2), 175–182. doi: 10.1370/afm.201.

CAPÍTULO

9

MEJORAR EL CURRÍCULO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA EVIDENCIA Y LA COMPETENCIA EN LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

JoAnne MacDonald, PhD, MN, RN
Amalia Silva-Galleguillos, MSc, RN
Olga Lucía Gómez Díaz, MA(Ed), RN
Irmajean Bajnok, PhD, MScN, BScN, RN

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Definir los BPSO-Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados académicos.
- Describir los procesos para convertirse en un BPSO-Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados académico.
- Entender cómo la integración de las Guías de Buenas Prácticas (Guías) en el plan de estudios de los estudiantes de Enfermería mejora su aprendizaje sobre la práctica basada en la evidencia.
- Resumir las estrategias de enseñanza-aprendizaje para mejorar el aprendizaje de los estudiantes de Enfermería sobre las Guías.
- Identificar los apoyos para la buena integración de las Guías en el ámbito académico.
- Analizar estrategias para superar los desafíos para integrar y sostener las Guías en el plan de estudios.
- Definir maneras de medir el éxito de la integración de las Guías en el ámbito académico.
- Considerar la forma en que los BPSO-Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados académicos contribuyen a un programa de investigación en instituciones académicas.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este capítulo es presentar los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO académicos) y describir cómo la calidad de la educación de la Enfermería de pregrado y de la competencia de la Enfermería de posgrado en la práctica basada en la evidencia (PBE) se mejora a través de la integración de las Guías de Buenas Prácticas (Guías) de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) en el plan de estudios. Los BPSO académicos se centran en la integración de las Guías en los planes de estudios de Enfermería para preparar mejor a los estudiantes para la práctica basada en la evidencia, mejorando los resultados de los pacientes y de sus familias. Este capítulo es relevante para todos aquellos involucrados en la educación y tutela de enfermeras de pregrado, incluyendo educadores en entornos académicos, enfermeras y gerentes en entornos prácticos, y miembros del equipo de atención médica interprofesional con quienes las enfermeras colaboran en el cuidado de las personas y de la familia.

La integración de las Guías en los planes de estudios de Enfermería de pregrado y postgrado puede facilitar enormemente los esfuerzos del sector académico para cerrar la brecha teórico-práctica. Desde el inicio del programa de Guías, RNAO ha involucrado al cuerpo docente de Enfermería apoyando el uso de las Guías en los planes de estudios de Enfermería. Por ejemplo, RNAO se asoció con varias escuelas de Enfermería en una serie de proyectos para demostrar el proceso y el impacto de la integración de determinadas Guías en el plan de estudios. Las mejoras resultantes del programa proporcionaron evidencia actual para revisar el plan de estudios y también demostraron a los estudiantes la base de investigación y evidencia de la Enfermería, a través de las Guías. Estos proyectos pusieron de relieve la necesidad de un recurso para los profesores y formadores de desarrollo del personal que incorporara las lecciones aprendidas y proporcionara una guía, muy similar a la Herramienta de Implantación de RNAO (2012c), dirigida al profesorado y centrada en la integración de las Guías en el plan de estudios. Una guía de este tipo: el *Recurso del educador: la integración de las Guías de Buenas Prácticas* (RNAO, 2005) fue posteriormente desarrollada con una amplia participación del profesorado y de los formadores del ámbito de servicios, desde el inicio hasta la publicación y difusión. Desde su publicación, numerosos profesores y formadores del ámbito de servicios han accedido al recurso para informar sobre su uso de las Guías en las actividades de enseñanza.

REFLEXIÓN

Como educador en un entorno académico o de servicio, ¿cómo se ve a sí mismo utilizando una Guía de buenas prácticas clínicas para reforzar la Enfermería como una profesión de conocimiento?

La participación formal del ámbito académico en la designación de BPSO comenzó en 2009 con Trent/Fleming School of Nursing en Ontario, liderando el camino para el establecimiento de lo que se convertiría en una cohorte creciente de BPSO académicos internacionales. En 2013, la Rankin School of Nursing St. Francis Xavier University (Nueva Escocia), comenzó su candidatura como el primer BPSO académico nacional de Canadá. Este tipo de BPSO se encuentra ahora en universidades de 10 países: Bélgica, Canadá, Chile, China, Colombia, España, Italia, Jamaica, Portugal y Qatar. Independientemente de su ubicación geográfica, los BPSO académicos se comprometen a enriquecer la práctica profesional de las enfermeras, mejorar las culturas basadas en la evidencia y, en última instancia, mejorar la atención de los pacientes y de las familias.

Este capítulo se basa en las experiencias de tres BPSO académicos nacionales e internacionales: la Rankin School of Nursing St. Francis Xavier University (StFX) en Nueva Escocia (Canadá); el Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile en Santiago de Chile; y el Programa de Enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) en Bucaramanga, Colombia.

ESTUDIO DE CASO

Fundada en 1853, StFX es una de las universidades más antiguas de Canadá, ubicada en Nueva Escocia. Arraigada en valores de integridad, dignidad, verdad y respeto por todos, StFX es conocida por su reconocida experiencia universitaria y por la excelencia de su enseñanza, investigación y servicio. StFX tiene una rica tradición de justicia social y liderazgo, una misión para el servicio y es la sede del mundialmente conocido Coady International Institute y el National Collaborating Centre for the Determinants of Health. La escuela de enfermería se estableció en 1926 y es líder innovadora en educación de enfermería, investigación, participación comunitaria y asociaciones de colaboración a nivel local, provincial, nacional y mundial. Esta escuela de enfermería de Nueva Escocia fue aceptada como BPSO en diciembre de 2013.

La Universidad de Chile fue fundada en 1842 es la más grande, más antigua y una de las tres instituciones principales de la educación superior en el país. La Universidad de Chile es una universidad pública y fomenta el liderazgo y la innovación en las ciencias y tecnologías, en las humanidades y las artes a través de su enseñanza, desarrollo y difusión, con especial énfasis en la investigación y los estudios de postgrado. Promueve una ciudadanía preparada y crítica abrazando una conciencia social y una responsabilidad ética. Respalda los valores de la tolerancia, el pluralismo y la equidad, la independencia intelectual y la libertad de pensamiento, así como el respeto, la promoción y la preservación de la diversidad en todos los ámbitos de su labor. En 1906, se fundó la escuela de enfermería y fue la primera escuela de enfermería tanto en el estado como en Sudamérica. Esta escuela chilena de enfermería se convirtió en un BPSO en diciembre de 2011 (Silva- Galleguillos, 2015, 2016).

La Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) es una institución privada, sin fines de lucro, ubicada en la ciudad de Bucaramanga, departamento de Santander, Colombia. La UNAB se basa en los valores de la democracia, la independencia y la libertad. Está comprometida con la excelencia de sus programas académicos, la solidez de los procesos de apoyo académicos y administrativos y la acreditación continua de la institución. Sus programas se adhieren a las directrices para la educación superior en Colombia (Ley 266, 1996) que promueven la accesibilidad y la calidad de la educación superior en el contexto global. El programa de enfermería fue fundado en 2008 y busca innovar dentro de la profesión de enfermería, a través de un programa internacional que responde a las necesidades tanto del país como del mundo. Esta escuela de enfermería colombiana se convirtió en un BPSO en octubre de 2014.

En este capítulo, primero presentaremos la candidatura y la designación de los BPSO académicos. Se presenta el propósito y el proceso de convertirse en un BPSO y se describe detalladamente la integración de las Guías en los planes de estudio. Analizamos el refuerzo de los apoyos y la superación de los desafíos para un cambio sostenido, así como medida del éxito de la integración de las Guías en el ámbito académico. El capítulo concluye con una discusión sobre el papel de los BPSO académicos en la investigación. Cuando procede, se hacen similitudes o distinciones entre los BPSO académicos y los BPSO de servicios de salud.

DE LA CANDIDATURA A LA DESIGNACIÓN

La designación de BPSO tiene como objetivo apoyar la implantación y evaluación de la Guías a nivel organizacional (meso) (RNAO, 2017a). Para lograr la designación, los BPSO académicos deben pasar por el mismo proceso riguroso de solicitud y candidatura que las instituciones de servicios de salud (RNAO, 2017a). Con el apoyo de RNAO, los BPSO académicos se comprometen a un periodo de candidatura de tres años durante el cual desarrollan la capacidad institucional para la innovación curricular, integran las Guías en cursos teóricos y prácticos y formalizan la evaluación y la investigación relacionadas. Las instituciones académicas que logren estos objetivos al final del periodo de calificación de 3 años se convierten en BPSO académicos designados. El foco de atención de designación de BPSO pasa de establecer, planificar e implantar la innovación curricular a mantener las Guías existentes en el plan de estudios e integrar otras adicionales. Los BPSO también deben centrarse en mantener el uso de la Guías por parte de los estudiantes de Enfermería en la atención de personas y familias, asesorando a otros BPSO académicos y participando en investigaciones relacionadas con la ciencia de la implantación.

PROPÓSITO DE LOS BPSO ACADÉMICOS

Los formadores de las escuelas de Enfermería están encargados de asegurar que sus estudiantes de Enfermería que se gradúan estén preparados para aplicar la mejor evidencia para una atención médica segura, de alta calidad y efectiva. Sin embargo, las nuevas enfermeras con frecuencia creen que no están preparadas adecuadamente para integrar la evidencia científica en su práctica diaria (Dawley, Rosen Bloch, Dunphy Suplee, McKeever y Scherzer, 2011; Finotto, Carpanoni, Casadei Turroni, Camellini y Mecugni, 2013). Los líderes de Enfermería también cuestionan la capacidad de formar a las enfermeras para entender la práctica basada en la evidencia (Nursing Executive Center, 2008). Los académicos también sostienen que la educación de los estudiantes de Enfermería en clase a menudo está muy alejada de las realidades experimentadas durante la práctica clínica (Florin, Ehrenberg, Wallin y Gustavsson, 2012; Jones, 2007). Además, los estudiantes experimentan más apoyo para usar y aplicar la investigación durante su instrucción en el aula en comparación con sus experiencias en la práctica clínica (Florin et al., 2012).

Los BPSO académicos están liderando una innovación curricular que utiliza las Guías para abordar esta brecha de preparación de la evidencia y de la disposición entre las nuevas enfermeras.

A diferencia de la implantación de las Guías en el ámbito de los servicios de salud, en los que las recomendaciones se pueden poner en práctica al lado de la cama, las Guías en los BPSO académicos tienen un propósito diferente, pero crítico. En el ámbito académico, las Guías sirven como una herramienta fundamental para enseñar y preparar a los estudiantes de Enfermería para la práctica basada en la evidencia. Las Guías se enhebran en todos los cursos teóricos y prácticos como una forma de que los estudiantes aprendan a tomar decisiones basadas en la evidencia para la práctica de la Enfermería, lo que produce mejores resultados en la salud de las personas y de las familias.

En cada curso, las Guías aplicables se utilizan para apoyar el aprendizaje del estudiante sobre cómo identificar, valorar, seleccionar, aplicar y evaluar la evidencia. Por ejemplo, las Guías sobre lesiones por presión (RNAO, 2016a), el acceso vascular (RNAO, 2008) y la atención al final de la vida (RNAO, 2011a) guían al estudiante en el aprendizaje de la gestión de los problemas clínicos.

Las Guías relacionadas con la lactancia materna (RNAO, 2003), el sueño seguro (RNAO, 2014b) y el maltrato contra la mujer (RNAO, 2012d) son valiosos para los cursos centrados en la población, como la pediatría o la salud de la mujer. Las Guías sobre el consumo de sustancias (RNAO, 2015b), el suicidio (RNAO, 2009a), el tratamiento del dolor (RNAO, 2013a) y la hipertensión (RNAO, 2009b) son beneficiosas para los cursos especializados, como los de salud mental o de Enfermería médico-quirúrgica, mientras que las Guías que promueven la salud, como la prevención de la obesidad infantil (RNAO, 2014a) y el manejo de enfermedades crónicas (RNAO, 2010), apoyan los cursos de salud pública y comunitarios.

La experiencia de las tres escuelas de Enfermería señala que las Guías pueden utilizarse de muchas maneras a lo largo de todo el plan de estudios. Por ejemplo, la Guía *Cuidados centrados en la persona y familia* (RNAO, 2015c) sirve para orientar a los estudiantes en el aprendizaje de la experiencia de las personas con respecto a la salud y el papel de la familia en la salud, que es fundamental para toda práctica de Enfermería y, por lo tanto, aplicable a todos los cursos de Enfermería. En algunos casos, una Guía puede orientar el diseño general de un curso. La Guía *Establecimiento de relaciones terapéuticas* (2006b), por ejemplo, ha impactado el diseño del curso de varias maneras. Los BPSO académicos la utilizan para organizar el contenido de los cursos con el fin de apoyar el desarrollo de los conocimientos y las capacidades necesarias para establecer y participar en relaciones terapéuticas. También se utiliza para complementar cursos específicos del plan de estudios sobre el componente de salud mental. Las Guías de sistemas y entornos laborales saludables se utilizan para diseñar cursos centrados en la salud, la seguridad y el bienestar de la enfermera.

Además, los autores también encontraron que las Guías de sistemas y entornos laborales saludables (RNAO, 2017c) tienen un papel crítico en la educación de Enfermería. Aprender a trabajar en equipos intra e interprofesionales (RNAO, 2006a, 2013b, 2016b), gestionar conflictos (2012b) y desarrollar competencias culturales (2007a) y liderazgo (2013c) son ejemplos de las Guías de entornos laborales saludables que apoyan el desarrollo de la práctica profesional como parte de la Guía de Profesionalidad (RNAO, 2007b) entre estudiantes de Enfermería. Esencialmente, las 42 Guías clínicas (RNAO, 2017b) y las 12 Guías de sistemas y entornos laborales saludables (RNAO, 2017c) tienen un lugar en una amplia gama de cursos de Enfermería diversos. Por lo tanto, en los BPSO académicos, las Guías son un componente integrado de un plan de estudios que sirve para preparar a las futuras enfermeras para la práctica profesional basada en la evidencia.

REFLEXIÓN

¿Cuáles son los beneficios para la práctica, la educación, las enfermeras, los estudiantes y los pacientes cuando tanto el servicio como el entorno académico son designados como BPSO?

Finalmente, como parte de las competencias prácticas basadas en la evidencia (Melnyk, Gallagher-Ford, Long y Fineout-Overholt, 2014), es importante que los estudiantes sean conscientes de los elementos de la ciencia de la implantación cuando utilizan las Guías, que observen su adopción por parte del personal clínico y colaboren para iniciar un uso sostenido de las Guías a lo largo del tiempo en entornos clínicos. Este es un componente importante del plan de estudios, especialmente en aquellos BPSO académicos con programas de postgrado.

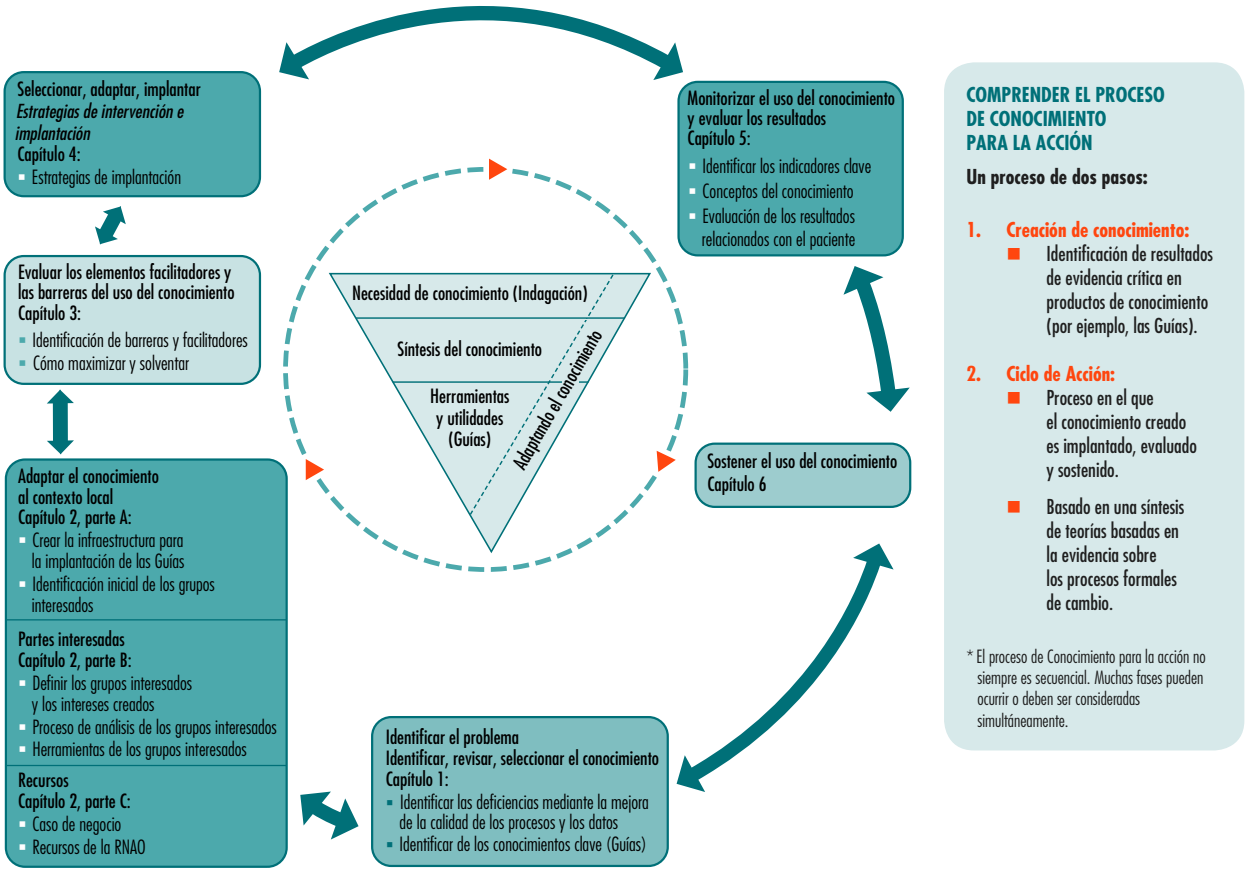
Utilizando las Guías de RNAO y los recursos de implantación relacionados, tanto en los componentes teóricos como prácticos del plan de estudios, la Universidad de Amberes en Bélgica ha encontrado que, a través de la designación de BPSO académicos, ha sido capaz de fortalecer su plan de estudios de postgrado en relación con la ciencia de la implantación.

"La designación de BPSO y el trabajo relacionado con nuestros profesores y estudiantes ha fortalecido el componente de práctica basada en la evidencia de nuestro plan de estudios, en particular la ciencia de la implantación. Nuestros estudiantes graduados están aprendiendo y liderando esta área en sus lugares de trabajo".

–Prof. Dr. Peter Van Bogaert, PhD, RN
Líder del BPSO
Profesor, Ciencias de Enfermería y obstetricia
Centre for Research and Innovation in Care (CRIC)
Universidad de Amberes, Bélgica (BPSO Directo-Académico)

CONVERTIRSE EN UN BPSO ACADÉMICO

El proceso de convertirse en un BPSO involucra a las instituciones académicas en una estrategia de cambio sistemático y planificado. Una estrategia de cambio planificado es el diseño e implantación deliberados de una innovación. Según Field y sus colegas, "se recomiendan marcos conceptuales como una forma de aplicar la teoría para mejorar los esfuerzos de implantación" (Field, Booth, Ilott, & Gerrish, 2014, p. 1). El proceso de RNAO de llevar a la práctica las Guías se basa en el marco de conocimientos para la acción (Graham et al., 2006), compuesto por dos componentes: la creación de conocimientos y un ciclo de acción. La fase de acción del marco de conocimientos para la acción es especialmente útil para gestionar el cambio. El uso de este marco de trabajo, ilustrado en la Figura 9.1, ha demostrado ser efectivo para guiar la integración de la evidencia en la educación de Enfermería de pregrado (Stacey et al., 2009).



Adapted from "Knowledge Translation in Health Care: Moving From Evidence to Practice." S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham. Copyright 2009 by Blackwell Publishing Ltd. Adapted with permission.

FIGURA 9.1 Marco de trabajo de conocimiento para la acción tal como se describe en la *Herramienta: Implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (RNAO, 2012c).
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados. Usado con permiso.

La trayectoria académica de los BPSO también se beneficia de un enfoque de sistema completo. Este enfoque supone que la integración de las Guías en el plan de estudios es parte de un sistema más amplio, que incluye ventajas y desventajas y dinámicas del sistema (MacDonald, Edwards, Davies, Marck, & Read Guernsey, 2012). El cambio dentro de este sistema es "multinivel, no lineal y multidireccional, con adaptaciones sostenibles del sistema" (Edwards & Grinspun, 2011, p. 4). Desde este punto de vista, la integración de las Guías en un plan de estudios implica un enfoque holístico que considere lo que está sucediendo con los estudiantes y los educadores, la institución académica, las organizaciones de servicios de salud y sus proveedores de atención médica, el sistema de salud en general y, más allá, otros sistemas externos. A lo largo de este capítulo se hará referencia a las fases de acción del marco de conocimientos para la acción y a los enfoques de todo el sistema, que se utilizaron tanto en Canadá como en Chile o Colombia.

LA CONSTRUCCIÓN DE CULTURAS DE EVIDENCIA

Un paso clave en la designación de BPSO es la creación de una cultura de la evidencia. Una cultura de la evidencia es el conjunto de valores, creencias y normas relacionadas con la toma de decisiones clínicas, administrativas y académicas basadas en la evidencia (Fineout-Overholt & Melnyk, 2005). La construcción de una cultura de la evidencia comienza con el establecimiento de la importancia de ser un BPSO académi-

co. Dentro de la fase de acción del marco conocimiento para la acción, la etapa inicial consiste en establecer la relevancia de la innovación en el plan de estudios. Identificar cómo la integración de las Guías contribuye a la dirección estratégica de la institución académica a inspirar interés por el cambio. Las metas estratégicas, tales como enriquecer la pedagogía de los educadores, mejorar la competencia de los estudiantes en la práctica basada en la evidencia y crear un programa de investigación relacionado con el aprendizaje y la aplicación de la tecnología de la información y la comunicación en la educación de Enfermería, se apoyan con la integración de las Guías en el plan de estudios.

REFLEXIÓN

¿Qué argumentos utilizaría para convencer a sus colegas de la facultad y jefes administrativos para que se conviertan en un BPSO académico?

Los educadores y estudiantes también pueden estar receptivos para la integración deliberada de las Guías en su enseñanza y práctica. Por ejemplo, saber que la adopción de las Guías al lado de la cama del paciente da credibilidad a las decisiones sobre la atención al paciente puede fomentar la aplicación coherente de los estándares aceptados de atención (Friedman et al..., 2009; RNAO, 2005), desalienta el uso de intervenciones que tienen poco efecto y/o causan daño (RNAO, 2005), y en última instancia tiene el potencial de mejorar la práctica basada en la evidencia, el sistema de salud y los resultados de los pacientes (Athwal et al., 2013; Graham & Harrison, 2005; Prentice et al., 2009; Rempel & Mc-Cleary, 2012; RNAO, 2011b). Otro elemento motivador importante para introducir una innovación curricular es el reconocimiento por parte de los educadores de las brechas en el plan de estudios. Las revisiones curriculares son una forma de exponer las áreas en las que se puede fortalecer la enseñanza y el aprendizaje sobre la evidencia, abriendo oportunidades para integrar las Guías en el plan de estudios. Además, contar con actores clave como educadores, estudiantes y profesionales involucrados en el proceso de cambio es un componente crítico para lograr la aceptación y crear culturas de evidencia (Missal, Schafer, Halm, & Schaffer, 2010; RNAO, 2012c).

El *Recurso del educador: la integración de las Guías de Buenas Prácticas* (2005, p. 9) presenta un marco que se muestra en la Figura 9.2 para guiar la integración de las Guías en eventos de aprendizaje en todos los niveles del plan de estudios. Ya sea que se utilice para el plan de estudios en su totalidad, para un curso o para una lección específica, este marco ayuda a orientar la integración de las Guías en eventos de aprendizaje relacionados o en componentes del programa.



FIGURA 9.2 Marco para la integración de las Guías sobre buenas prácticas en los eventos de aprendizaje (adaptado de RNAO, 2005a, p. 9).

©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados. Usado con permiso.

ESTABLECIMIENTO DE SOPORTES ESTRUCTURALES

El establecimiento de apoyos estructurales es otro paso clave para convertirse en un BPSO académico. Los apoyos estructurales incluyen los procesos y recursos necesarios para llevar a cabo el cambio planeado. Dentro de la fase de acción del marco de conocimiento para la acción, la planificación del cambio en el contexto local es un elemento esencial para el cambio e incluye la identificación de los grupos interesados, la elaboración de un plan de acción y la obtención de recursos. Desde la perspectiva de los sistemas en su conjunto, la buena integración de las Guías en los planes de estudio incluye la comunicación y la participación de múltiples grupos interesados y el establecimiento de apoyos estructurales en todo el sistema.

IDENTIFICACIÓN DE LOS GRUPOS INTERESADOS

La identificación de los grupos interesados que pueden influir en la innovación curricular es esencial. Los grupos interesados son aquellas que se ven directa o indirectamente afectadas por la implantación de las Guías en el plan de estudios o aquellas que tienen un interés personal en el cambio curricular (RNAO, 2012c). Entender cuáles son los intereses, el poder de decisión, los planes y las relaciones de los grupos interesados es necesario para conocer la influencia, los apoyos y las barreras que pueden generar al integrar las Guías en el plan de estudios. Los grupos interesados más comunes que participan en las innovaciones curriculares son los educadores de Enfermería, los estudiantes, la administración académica superior, los proveedores de servicios sanitarios, los equipos interdisciplinarios, los organismos reguladores y los organismos de acreditación. Sin embargo, dependiendo del contexto local, los grupos interesados varían según las instituciones académicas y producen distintos grados de influencia y apoyo. Por lo tanto, cada institución académica debe llevar a cabo un análisis de los grupos interesados. Los detalles para llevar a cabo un análisis de los grupos interesados están disponibles a través de la Herramienta de implantación de RNAO (RNAO, 2012c).



Está considerando la posibilidad de integrar las Guías en su unidad académica. Lleve a cabo un análisis preliminar de los grupos interesados y describa el nivel de apoyo e influencia de cada parte interesada.

DESARROLLO DE UN PLAN DE ACCIÓN DE UN BPSO ACADÉMICO

El desarrollo de un plan de acción forma parte de los apoyos estructurales requeridos por todos los BPSO y, como se señala en la Herramienta de implantación de RNAO (RNAO, 2012c), es un aspecto crítico para llevar el conocimiento a la acción. Para los BPSO, un plan de acción apoya la metodología estructurada y los enfoques de cambio planificado necesarios para el uso sostenido de las Guías, ya sea en la práctica o en el ámbito académico. En los BPSO académicos, los planes de acción identifican las metas, los objetivos y las actividades que dirigen los cambios necesarios para integrar las Guías de RNAO en todo el plan de estudios y para cumplir con los requisitos de la designación de BPSO. La Tabla 9.1 muestra un ejemplo de un plan de acción académico de BPSO con extractos de metas, objetivos y actividades relacionadas.

En este ejemplo, las *metas* establecen los amplios resultados que el BPSO académico se propone alcanzar. Las metas que se muestran en este plan y que están relacionados con el desarrollo de capacidades, la integración y la investigación fueron comunes entre los tres BPSO académicos descritos en este capítulo. Los *objetivos* son resultados más a corto plazo que representan los peldaños que conducirán al logro de las metas. En el plan se muestran los objetivos relacionados con la Meta #1para el primer año del BPSO. Los objetivos se modifican a medida que el BPSO académico continúa avanzando hacia el logro de sus metas generales. En el plan que se muestra aquí, también se incluyen ejemplos de objetivos para la Meta #1 para el segundo año. Las *actividades* representan las acciones que se llevarán a cabo para lograr los objetivos. El plan de muestra incluye actividades relacionadas con los objetivos de la Meta #1para el primer año.

TABLA 9.1 PLAN DE ACCIÓN DEL BPSO ACADÉMICO (EXTRACTOS) PARA INTEGRAR LOS BPSO EN EL PLAN CURRICULAR Y CONSEGUIR LOS REQUISITOS DEL BPSO

METAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	EQUIPO DOCENTE AL MANDO	CRONO-GRAMAS	MONITOR-IZACIÓN Y EVALU-ACIÓN
1. Aumentar la capacidad para la adopción de las Guías por parte de los estudiantes, los educa-dores y el profesorado de enfer-mería y los proveedores de servicios de salud.	AÑO 1 1. Existe una infraestruc-tura sostenible que apoya la integración de las Guías en el plan de estudios y el desarrollo de un programa de investigación relacio-nados con la integración de las Guías en el plan de estudios. 2. Se obtiene el apoyo de las principales partes interesadas académicas y de los proveedores de servicios de salud, que promoverán y defenderán la integración de las Guías en los planes de estudios. 3. Se aseguran los recursos que apoyan la integración de las Guías en el plan de estudios. AÑO 2 1. Se ha establecido una red local de impulsores de Guías y los grupos interesados académicos y de los proveedores de servicios de salud se han comprometido a incorporar las Guías en el plan de estudios de enfermería. 2. Existe una colección de recursos humanos y financieros que apoyan la integración de las Guías en el plan de estudios y su adopción en la práctica clínica. 3. Las Guías como un componente integrado en los cursos teóricos y en las experiencias de práctica clínica de los BPSO académicos.	1. Se ha desarrollado un documento de Términos de Referencia del comité directivo del BPSO académico. 2. Los miembros poten-ciales son identificados e invitados a formar el comité directivo del BPSO académico, incluyendo a los miembros académicos y a los proveedores de servicios de salud. 3. Se asegura la financiación específica para la formación y otras iniciativas que apoyan el logro de los objetivos del BPSO académico.			

continúa

TABLA 9.1 PLAN DE ACCIÓN DEL BPSO ACADÉMICO (EXTRACTOS) PARA INTEGRAR LOS BPSO EN EL PLAN CURRICULAR Y CONSEGUIR LOS REQUISITOS DEL BPSO (CONTINUACIÓN)

METAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	EQUIPO DOCENTE AL MANDO	CRONO-GRAMAS	MONITOR-IZACIÓN Y EVALUACIÓN
2. Integrar las Guías en cursos teóricos y experiencias de práctica clínica. 3. Establecer un programa de investigación de las Guías dirigido por la Escuela de Enfermería en colaboración con otras partes interesadas.					

Determinar quién es responsable de las acciones que hay que tomar, los cronogramas y las medidas para evaluar el progreso hacia el logro del plan también son elementos clave de un plan de acción. En el sitio web de RNAO se encuentran disponibles modelos de plan de acción como parte de la Herramienta de implantación RNAO (RNAO, 2012c).

CREACIÓN DE UNA INFRAESTRUCTURA

Los tres BPSO académicos prestaron atención al establecimiento de una infraestructura interna en sus planes para la innovación curricular. Como se ha señalado en los ejemplos anteriores, un componente clave de la infraestructura es un comité directivo que supervise la integración de las Guías en el plan de estudios. Los comités directivos a menudo incluyen coordinadores o presidentes de comités de planes de estudio, otros profesores, estudiantes y proveedores de servicios de salud. También es esencial contar con un líder académico dedicado que asuma la responsabilidad de dirigir los BPSO académicos. En la mayoría de los BPSO académicos, dependiendo del tamaño, el coordinador del plan de estudios o el jefe del programa a menudo asumen esta responsabilidad. Sin embargo, es necesario que haya un apoyo visible del jefe del programa y que el líder del BPSO haya dedicado tiempo a esta función.

REFLEXIÓN

¿Qué elementos clave de la ciencia de la implantación, tal como se reflejan en el Marco Conceptual del KTA (Knowledge-to-Action), son más críticos en su entorno? ¿Cómo se vería a sí mismo utilizando este marco conceptual para iniciar un cambio en el currículo que permitiese integrar las GBP?

Otra parte importante de la infraestructura son los impulsores, necesarios para orientar, educar, persuadir a otros (Edwards & Grinspun, 2011; Ploeg et al., 2010) e iniciar varios componentes de la innovación curricular. Estos impulsores son particularmente relevantes en la etapa inicial de la innovación curricular, ya que, al ser los primeros en adoptar los cambios, influyen en las actitudes y facilitan el compromiso de los grupos interesados (RNAO, 2012c). Para todos los BPSO académicos, el desarrollo de los impulsores es una actividad clave en los inicios. Los impulsores pueden asumir un papel de liderazgo de equipo en la integración de una Guía a través del plan de estudios o la integración de varias Guías a través de un nivel del programa. En muchos BPSO académicos, los estudiantes han formado parte de la red de impulsores (Escuela de Enfermería de la

Universidad de Medicina China de Beijing, Escuela de Enfermería de la Universidad de Amberes, Escuela de Enfermería de la University of West Indies en Jamaica). La intención es crear una red de grupos interesados para promover la coordinación y la continuidad de la integración de las Guías en todo el plan de estudios.

Otra infraestructura requerida incluye recursos educativos, financieros y en especie. Los *recursos educativos* incluyen herramientas de apoyo curricular, tales como herramientas de instrucción y evaluación de estudiantes relacionadas con las Guías. En algunos casos, pueden ser necesarios *recursos financieros* para apoyar la formación educativa o para apoyar las actividades de difusión. Los *recursos en especie* y las formas de apoyo no monetarias incluyen, por ejemplo, la cobertura de los costes de la universidad para la impresión de los cuadernos de trabajo de los impulsores, o la provisión del lugar donde se llevarán a cabo las sesiones de formación.

INTEGRACIÓN DE LAS GUÍAS EN EL PLAN DE ESTUDIOS

Un objetivo clave de los BPSO académicos es la integración de las Guías en cursos teóricos y prácticos. Dentro de la fase de acción del marco del conocimiento para la acción, el logro de esta integración se lleva a cabo mediante la ejecución del plan de acción. Además, "es más probable que se produzcan cambios con intervenciones más planificadas y centradas" (Graham et al., 2006, p. 21). Las estrategias clave para integrar las Guías en el plan de estudios incluyen el desarrollo de objetivos de aprendizaje multinivel y el diseño de estrategias de enseñanza y aprendizaje. Además, en todos los BPSO académicos, la integración de las Guías se convierte en un tema permanente en la agenda del comité del plan de estudios, en las reuniones periódicas y, en particular, en las principales revisiones y sesiones de revisión del plan de estudios.

DISEÑO DE OBJETIVOS DE APRENDIZAJE MULTINIVEL RELACIONADOS CON LAS GUÍAS

Los objetivos de aprendizaje en los BPSO académicos presentan competencias sobre las Guías que los estudiantes adquirirán a través de su educación en Enfermería. Los resultados de aprendizaje relacionados con las Guías, requeridos en múltiples niveles del programa, facilitan su integración a lo largo del plan de estudios. A nivel del programa, los objetivos de aprendizaje se refieren a un amplio conocimiento, juicio, habilidad y competencias de actitud que se esperan de los estudiantes al final del programa. Dado que la práctica basada en la evidencia es una competencia común a nivel de licenciatura que se espera de los estudiantes de Enfermería, los objetivos de aprendizaje relacionados con las Guías son un complemento fácil de los planes de estudios de Enfermería.

A nivel del curso, los objetivos de aprendizaje relacionados con las Guías de Buena prácticas proporcionan una guía para identificar las competencias específicas de las Guías sobre los conocimientos, habilidades, actitudes y juicios que los estudiantes adquirirán al final del curso. En un curso introductorio, algunos de los ejemplos de objetivos de aprendizaje a nivel de clase pueden ser los siguientes:

- Los estudiantes adquieren un mayor conocimiento sobre las Guías.
- Los estudiantes son capaces de seleccionar Guías relevantes para la práctica.
- Los estudiantes son capaces de proporcionar la justificación de las Guías seleccionadas.
- Los estudiantes son capaces de seleccionar recomendaciones para guiar la atención centrada en la persona y la familia.
- Los estudiantes son capaces de proporcionar una justificación para las recomendaciones seleccionadas.
- Los estudiantes integran las recomendaciones de las Guías en los planes de atención a personas y familias.

Basándose en este aprendizaje básico, los educadores a lo largo del programa adaptan los objetivos de aprendizaje a nivel de curso para alinearlos con el contenido específico de este. Por ejemplo, un objetivo de aprendizaje apropiado para un curso de salud pública es:

"Los estudiantes adquieren competencia en el uso de las Guías de Buenas Prácticas de promoción de la salud".

Cada uno de los BPSO académicos que se muestran aquí diseñó oportunidades de aprendizaje que permitieron a los estudiantes construir gradualmente la competencia y la confianza en el uso de las Guías. Su trabajo refleja una integración sistemática que comenzó con una introducción a las Guías, seguida de una exposición repetida a los tipos de Guías y su aplicación con mayor detalle y complejidad, a medida que los estudiantes progresan de novatos a expertos (Benner, Sutphen, Leonard, Day y Shulman, 2010) en competencias relacionadas con las Guías a nivel de pregrado.

Los objetivos de aprendizaje a nivel de curso proporcionan el andamiaje para objetivos de aprendizaje a nivel de clase más específicos y relacionados con el contenido. Basándose en el supuesto de que los estudiantes adquieren gradualmente el dominio (Benner et al., 2010), los educadores crean itinerarios de aprendizaje que requieren que los estudiantes se basen en principios abstractos acerca de las Guías para refinar y expandir su práctica basada en la evidencia a través de la repetición y experiencias cada vez más complejas. Continuando con el ejemplo anterior, los educadores adaptan los objetivos de aprendizaje a nivel de clase para alinearlos con el contenido de los objetivos del curso. Con el fin de alcanzar el objetivo de nivel del curso anterior, los objetivos de aprendizaje a nivel de clase se refieren a objetivos específicos de promoción de la salud, como por ejemplo: "Los estudiantes tienen un mayor conocimiento sobre la Guía de *Prevención primaria de la obesidad Infantil* (RNAO, 2014a)"; o "Los estudiantes integran las recomendaciones de la Guía *Estrategias para apoyar la autogestión en enfermedades crónicas: colaboración con los pacientes* (RNAO, 2010) en planes de atención a personas y familias".

El diseño deliberado de los objetivos de aprendizaje en todos los niveles del programa dirige a los estudiantes a adquirir sistemáticamente conocimientos y habilidades en Enfermería basados en la evidencia, que se convierten en un componente incorporado de su práctica de Enfermería.

DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE RELACIONADAS CON LAS GUÍAS

Los BPSO académicos utilizan una serie de estrategias de enseñanza y aprendizaje para integrar las Guías en cursos teóricos y prácticos. Christie, Hamill y Power (2012) argumentan específicamente que los estudiantes de enfermería deben ser capaces de valorar la relevancia, autoridad y utilidad de la evidencia para la atención del paciente mediante la incorporación del aprendizaje tanto en el ámbito académico como en la práctica. Por lo tanto, la integración de las Guías requiere un complemento de las estrategias de enseñanza y aprendizaje tanto en los cursos teóricos como en los prácticos. Como ha demostrado la investigación, la enseñanza y el aprendizaje sobre las Guías también deben ir más allá de los métodos estáticos de enseñanza e incluir métodos interactivos que involucren a los alumnos (Friedman et al., 2009). Por ejemplo, en el BPSO académico de la escuela de enfermería de la Universidad de Beijing, (ver el Capítulo 14, *Superar las diferencias de contexto y de idioma: los BPSO pioneros en China*), con la integración de las Guías en el plan curricular, ha habido numerosos cambios en las estrategias de enseñanza y aprendizaje para incluir el uso de videos, juegos de rol, simulación y, en general, el paso a métodos de enseñanza menos didácticos. Muchos de estos cambios fueron inspirados por la integración de la Guía de *Facilitar el aprendizaje centrado en el paciente* (RNAO, 2012a) en el plan curricular, lo que precipitó al profesorado a aplicar gran parte de la evidencia y algunas de las recomendaciones a sus metodologías de enseñanza.

CONFERENCIAS

Las conferencias proporcionan un medio para que los estudiantes adquieran un amplio conocimiento sobre las Guías y pueden contribuir a que los estudiantes comprendan el riguroso proceso utilizado para desarrollar las Guías y sus diversas recomendaciones. Estas incluyen *recomendaciones para la práctica,* o las "declaraciones que guían la atención basada en la evidencia sobre la investigación disponible, o sobre el consenso de los expertos de la mejor evidencia anecdótica y experiencial disponible en ausencia de investigación" (RNAO, 2012c, p. 19). Los estudiantes también pueden comprender las *recomendaciones para la organización y el sistema,* o las "declaraciones de las condiciones requeridas para un establecimiento de prácticas que permitan la buena implantación de las Guías de Buenas Prácticas" (RNAO, 2012c, p. 19), y las *recomendaciones para la formación,* o "declaraciones de los requisitos formativos y los enfoques y estrategias educativas para la introducción, implantación y sostenibilidad de las Guías de Buenas Prácticas" (RNAO, 2012c, p. 19). Los estudiantes también pueden comprender el alcance y los tipos de evidencia que informan las recomendaciones a través de conferencias.

ACTIVIDADES INTERACTIVAS EN EL AULA

Involucrar a los estudiantes a través de actividades interactivas en el aula les proporciona una manera de recopilar información adicional, resolver problemas y compartir o articular los conocimientos adquiridos. Hacer que los estudiantes trabajen juntos para completar una evaluación de una Guía de RNAO usando la herramienta AGREE II (Brouwers et al., 2010) es un ejemplo de una actividad interactiva en el aula que requiere que los estudiantes naveguen a través de una Guía, alentándolos a familiarizarse con las guías y las normas para el desarrollo de las guías. El uso de estudios de caso crea oportunidades para que los estudiantes examinen y apliquen las recomendaciones de las Guías en los planes de atención. La simulación y los juegos de rol también se pueden usar para animar a los estudiantes a desarrollar las capacidades de planificación de la aplicación de las recomendaciones de las Guías o para articular los fundamentos de la selección de Guías específicas en un plan de atención. En el BPSO de la escuela de enfermería de la University of West Indies de Jamaica, el profesorado revisó sus guías de enseñanza y aprendizaje del laboratorio de simulación para incorporar todas las Guías clínicas en lo que se relaciona con las enfermedades críticas, el fortalecimiento de los conocimientos y las competencias mediante la simulación de sesiones demostrativas. En el BPSO de la escuela de enfermería de la Universidad de Beijing, los profesores usan videos y juegos de rol para enseñar conceptos sobre las Guías de gestión del dolor (RNAO, 2013a) y del aprendizaje centrado en el paciente (RNAO, 2012a).

DISCUSIONES ANTES Y DESPUÉS DE LAS CONFERENCIAS CLÍNICAS

Las discusiones antes y después de las conferencias clínicas proporcionan a los estudiantes la oportunidad de pensar críticamente en la aplicación de las recomendaciones de las Guías en sus planes de cuidado, considerar las modificaciones basadas en la información clínica y el contexto del paciente, defender sus decisiones clínicas y evaluar el resultado de las intervenciones de enfermería relacionadas con las Guías. Los estudiantes también pueden centrarse en investigar cómo la práctica de establecer normativas y procedimientos se alinea con la evidencia de las buenas prácticas. Presentando una Guía como punto focal para su discusión durante una conferencia pre o posclínica también ayuda a los estudiantes a identificar áreas potenciales para la práctica y a considerar cómo podría iniciarse dicho cambio.



REFLEXIÓN

¿Qué estrategias de enseñanza y aprendizaje se utilizan en su entorno para apoyar la comprensión de los estudiantes y su aplicación de la evidencia de la investigación en la práctica? ¿Cómo pueden utilizarse estas estrategias para integrar las Guías en los cursos teóricos y en los cursos prácticos?

ACCESO A RECURSOS RELACIONADOS CON LAS GUÍAS

Crear acceso a los recursos relacionados con las Guías también es esencial para apoyar el aprendizaje de los estudiantes sobre las Guías. De esta manera, citar las Guías como referencias clave del curso e incluir las herramientas de apoyo a la implantación de las Guías de RNAO son comunes en los BPSO académicos. Las Guías son una parte habitual de las lecturas de los estudiantes, comenzando en el primer año del programa de enfermería y continuando hasta la graduación. Los sistemas de gestión de aprendizaje (Learning Management Systems, LMS, por sus siglas en inglés) proporcionan medios para organizar los recursos de las Guías y ofrecen enlaces relacionados con las Guías para un acceso más fácil. Además, el uso de la aplicación de Guías de RNAO para dispositivos móviles (http://rnao.ca/GBP/pda/app) permite a los estudiantes acceder al contenido de todas las guías de RNAO, ya sea en el aula o en el lugar de trabajo.

TRABAJOS Y EXÁMENES

Las tareas relacionadas con las Guías proporcionan otro medio para que los estudiantes reflexionen sobre ellas, visualicen su aplicación y las critiquen. Los estudiantes pueden incorporar las Guías en sus planes de aprendizaje o escribir un diario reflexivo relacionado con una Guía importante para su área de práctica de enfermería. Desarrollar planes de atención que incluyan las Guías pertinentes es una expectativa común en los BPSO académicos. Las pruebas o preguntas de examen proporcionan una oportunidad para que los estudiantes demuestren su pensamiento crítico y su juicio relacionado con las Guías.

REFLEXIÓN

¿Cómo se podrían estructurar los trabajos clínicos a través de los años en el plan de estudios de manera que ayuden a los estudiantes a aplicar las Guías en los sectores del entorno clínico?

REFORZAR EL APOYO Y SUPERAR LOS DESAFÍOS PARA UN CAMBIO SOSTENIDO

Otra etapa crítica del ciclo de acción es la evaluación de las condiciones o factores que pueden influir en el resultado de la integración de las Guías en un plan de estudios. Según Graham et al. (2006), quienes planifican el cambio "controlan las variables que aumentan o disminuyen la probabilidad de que ocurra el cambio" (p. 20). Dependiendo del contexto local, estas condiciones y factores pueden servir como facilitadores que promueven el éxito de la integración o las barreras que interfieren con la integración. Los BPSO académicos buscan reforzar las condiciones o factores que apoyarán la integración de las Guías, al mismo tiempo que toman medidas o eliminan aquellas condiciones y factores que interfieren con los planes de integración. Desde una perspectiva de sistemas integrales, la buena integración de las Guías en el plan curricular incluye la anticipación de esas variables y el desarrollo y adaptación de planes basados en el contexto.

Las iniciativas provinciales, nacionales o incluso internacionales pueden servir para apoyar una decisión relacionada con la integración de las Guías. Iniciativas como las revisiones académicas, los cambios en los exámenes para la obtención de licencias y los cambios en la política de migración para los profesionales de la salud pueden despertar el interés por las nuevas innovaciones curriculares, como la integración de las Guías y el convertirse en un BPSO. Por ejemplo, una revisión provincial de la educación de Enfermería en Nueva Escocia (Canadá) por el Departamento de Salud y Bienestar incluyó una recomendación de que las escuelas de Enfermería "identifiquen e implanten un conjunto de Guías de Buenas Prácticas comunes para todas las escuelas y para sus compañeros clínicos" (Cruickshank & Ells, 2014, p. 27). En el caso de Colombia, la integración de las Guías en el currículo de Enfermería fue una respuesta parcial a los cambios en las regulaciones profesionales, que querían que las escuelas de Enfermería preparasen a las futuras enfermeras para una toma de decisiones crítica y reflexiva. En el caso de Italia, la integración de las Guías fue impulsada por el profesorado, para fortalecer la práctica basada en la evidencia en el plan curricular y también para ser coherentes con su socio de servicios hospitalarios que se estaba convirtiendo en un BPSO de servicio. En Portugal, el Departamento de Enfermería de la Universidad de Atlántica se vio motivado por el deseo de fortalecer su propio currículo y de liderar y modelar la educación y la práctica basadas en la evidencia en el país.

Las buenas innovaciones curriculares se alinean con la misión, la visión, los valores y las direcciones estratégicas generales de las instituciones académicas y de las escuelas de Enfermería. Las instituciones de educación superior tienen en común la búsqueda de una educación de calidad que prepare a los graduados para servir y contribuir a la sociedad. Todos los BPSO académicos están reforzando sus contribuciones a esta búsqueda a través de la integración de las Guías en la formación de Enfermería. Esta innovación curricular sirve para desarrollar una comunidad de enfermeras que utilizan la evidencia más actualizada y rigurosa que ayuda en la

toma de decisiones clínicas y que fomenta una atención consistente y de alta calidad para las personas y las familias.

La capacidad de los grupos interesados para satisfacer las demandas requeridas para la planificación e integración de las Guías en su práctica educativa diaria también tiene un impacto en los resultados de la implantación de las Guías. Un conocimiento adecuado es necesario para el éxito, mientras que la falta de él puede impedir el progreso. Al igual que en los BPSO de servicios de salud (RNAO, 2012c), la resistencia al cambio en el entorno académico puede provenir de la falta de conocimiento o de información errónea. De acuerdo con todos los BPSO académicos y de servicio, las tres escuelas de Enfermería que se presentan en este capítulo encontraron que proporcionar información y sesiones de formación a través del programa de impulsores es la mejor manera de abordar las brechas de conocimiento. Con el conocimiento, el acceso a recursos y apoyos, los mentores de BPSO académicos y los éxitos iniciales, los administradores y educadores se dan cuenta de que la designación de BPSO académico es la manera más efectiva para que los estudiantes aprendan la base de investigación de la práctica de Enfermería y la experimenten realmente a través del uso activo de las Guías. También es una manera efectiva de alinear todo el programa con la mejor evidencia en Enfermería y en atención sanitaria y fomentar un plan de estudios integrado.

Con muchas oportunidades para la participación del profesorado en todos los aspectos del desarrollo, la adopción y la evaluación de las Guías, el profesorado gana vías para las contribuciones académicas. Los educadores pueden estar preocupados por las limitaciones de tiempo o por la inclusión de contenidos adicionales en los planes de estudio que ya están sobrecargados. Sin embargo, los educadores que se resisten al cambio por estas razones pueden tomar conciencia de cómo las Guías pueden integrarse fácilmente en cursos específicos y de que son una herramienta eficaz para adquirir competencia en la práctica basada en la evidencia. También es útil crear un mapa que describa cómo se pueden enhebrar las Guías a lo largo del plan de estudios. Muchas de estas estrategias de implantación, desde la gestión de desafíos y barreras hasta el diseño de planes de estudios integrados de práctica basada en la evidencia y de Guías, se describen en el *Recurso para educadores: la integración de las Guías de Buenas Prácticas* (RNAO, 2005).

Un desafío único para los BPSO académicos es la necesidad de asegurar oportunidades para que los estudiantes apliquen las competencias de las Guías en el entorno de la práctica. Las organizaciones de servicios de salud y las enfermeras practicantes tienen conocimientos y experiencias variados relacionados con la implantación de las Guías. En algunos casos, las organizaciones de servicios de salud también son BPSO con amplia experiencia, mientras que otras organizaciones y sus proveedores de servicios de salud pueden no estar familiarizados o no utilizar las Guías o la práctica basada en la evidencia.

REFLEXIÓN

Tenga en consideración cómo las instituciones académicas y los servicios de salud trabajan juntos para apoyar el aprendizaje y la práctica de los estudiantes basados en la evidencia. ¿Cuáles son algunas de las formas en que una asociación de este tipo y la designación de BPSO podrían utilizarse para reforzar o mejorar el uso de Guías por parte de los estudiantes y del personal?

Mantener relaciones positivas con los socios de los servicios de salud es fundamental para la calidad de la experiencia de aprendizaje del estudiante en el entorno de la práctica. Compartir los resultados del plan de estudios, incluso con los socios de los servicios de salud como miembros externos de los comités del plan curricular, y ofrecer formación o talleres sobre las Guías puede facilitar los enfoques de colaboración para el aprendizaje de los estudiantes y del personal. En algunos casos, las instituciones académicas (como las de Bélgica, Canadá, Chile, China, Colombia, Jamaica y España) impulsaron la formación de asociaciones académicas y de servicios de salud, que implantan de manera simultánea las Guías. En Italia, los socios académicos y de servicios solicitaron ser BPSO al mismo tiempo, planificando la implantación de las mismas Guías en los mismos plazos, beneficiándose ambas organizaciones de actividades conjuntas de formación y preparación. Estas asociaciones dan como resultado un trabajo de colaboración en la implantación de la Guías y la integración del plan de estudios, creando una sinergia que maximiza el aprendizaje para los estudiantes

y la práctica basada en la evidencia para el personal. La oportunidad permite a los estudiantes ver cómo la evidencia, tal como se aprende en el aula, se aplica en la práctica. La siguiente cita de los BPSO académicos y de servicio en Jamaica atestigua los beneficios mutuos de las asociaciones académicas de servicio en el proceso de designación de BPSO.

> *"La designación de BPSO nos ha ayudado a fortalecer nuestro marco curricular a través de la integración de Guías en muchos cursos y a proporcionar a nuestros estudiantes y profesores recursos basados en la investigación para respaldar la Enfermería como una profesión de conocimiento. También ha sido mutuamente beneficioso tanto para UWISON como para el Hospital Universitario de West Indies trabajar juntos como BPSO, enfocados en las mismas Guías. Nuestros estudiantes ven que las Guías se usan en la práctica, lo que fortalece el enfoque de la práctica basada en la evidencia en Enfermería".*
>
> –Steve Weaver, PhD, MPH, BScN, RN
> Director de la Escuela, UWISON
> Director del Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de Enfermería y Obstetricia en el Caribe
> Promotor de BPSO



> –Eulalia Kahwa, PhD, BScN (hon), RN
> Profesora senior y Coordinadora del programa de posgrado
> La Escuela de Enfermería de la Universidad de West Indies (UWISON), Mona
>
> –Sra. Claudett James, MScHA, BScN, RN, RM, JP
> Directora Senior, Hospital Universitario de Enfermería de West Indies
> Jamaica

INTEGRACIÓN DE LAS GUÍAS EN EL ÁMBITO ACADÉMICO: MIDIENDO EL ÉXITO

La evaluación de la educación en Enfermería (Instituto de Medicina [IOM], 2011; Kitson, Wiechula, Conroy, Muntlin Athlin y Whitaker, 2013) y la práctica (Hanrahan et al., 2015) es un estándar de calidad, excelencia e innovación. Además, las tres escuelas de Enfermería destacadas reconocen que la evaluación de los resultados de la educación y la práctica de la Enfermería hace que las contribuciones de las enfermeras a los resultados de salud sean más visibles (RNAO, 2012c). En la fase de acción del marco de conocimiento para la acción, la evaluación es necesaria para determinar si las medidas adoptadas han marcado la diferencia. La planificación es igual de importante para la sostenibilidad de las acciones que tienen éxito.

El logro efectivo de las innovaciones educativas, como la integración de las Guías en los planes de estudios de Enfermería, depende de una evaluación de la calidad que demuestre las contribuciones de la nueva práctica educativa. Los enfoques para la evaluación deben comenzar cuando se planifica la innovación curricular. Un plan de evaluación sirve de puente entre la innovación planificada y los resultados esperados al hacer explícitas las metas, los objetivos, las actividades planificadas, lo que se supervisará, el uso de los resultados de la evaluación y el público objetivo (Oficina de Control y Prevención de Enfermedades de los Centros para el Control y la Prevención del Tabaco y la Salud y División de Nutrición, Actividad Física y Obesidad, 2011). Como parte del proceso de planificación, la recolección de datos de referencia es de suma importancia para servir de comparación con los datos adquiridos posteriormente.

El plan de evaluación debe derivar de un marco de evaluación para guiar las preguntas, los indicadores de resultados, las fuentes de datos y sus métodos de recopilación. Al igual que con la evaluación de la implantación de las Guías en las organizaciones de servicios de salud (RNAO, 2012c, 2015a), el marco de evaluación de Donabedian (1988) puede guiar de manera similar la evaluación de las acciones del BPSO académico. El marco de evaluación de Donabedian se conceptualiza en tres categorías: estructura, proceso y resultado.

MARCO DE EVALUACIÓN DE DONABEDIAN

Las medidas de las *estructuras* cuantifican aspectos dentro del entorno de enseñanza y aprendizaje, incluyendo el entorno del aula y la práctica. Las medidas de las *estructuras* incluyen los recursos (por ejemplo, el equipo, las oportunidades de ubicación), los atributos de los educadores (por ejemplo, los conocimientos, las habilidades, las actitudes, el juicio) y la estructura del programa (por ejemplo, el modelo curricular, los objetivos de aprendizaje).

Las medidas de *proceso* cuantifican cómo se desarrolla la enseñanza-aprendizaje. Ejemplos de medidas de proceso incluyen los enfoques pedagógicos y la calidad de la experiencia de enseñanza y aprendizaje, incluyendo su pertinencia, aceptabilidad, consistencia y precisión.

Las medidas de *resultados* cuantifican los puntos finales de la innovación educativa. Mientras que las medidas de resultados derivadas de la implantación de las Guías en las organizaciones de servicios de salud se centran en los resultados de salud de las personas y las familias, las medidas relacionadas con la integración de las Guías en el plan curricular se centran en los resultados de los estudiantes. Medidas más específicas de los resultados de los estudiantes se conceptualizan en el Modelo formación en cuatro niveles de Kirkpatrick (1994, 2007), ilustrado en la Figura 9.3. Este modelo muestra medidas relacionadas con las reacciones, el aprendizaje, los comportamientos y los cambios en los sistemas educativos y sanitarios. Los resultados relevantes del estudiante son la pertinencia del pensamiento crítico y reflexivo, la adquisición de conocimientos teóricos, su aplicación en la práctica y su aplicación sostenida en el entorno de la práctica después de la graduación.



FIGURA 9.3 Modelo de cuatro niveles de Kirkpatrick para evaluar los programas de formación. Reimpreso con permiso del editor. De Evaluación de acciones formativas: los cuatro niveles, © 1994 por Donald Kirkpatrick, Berrett-Koehler Publishers, Inc, San Francisco, CA. Todos los derechos reservados. www.bkconnection.com

Para determinar el impacto de la designación de BPSO en el plan de estudios, los BPSO académicos están utilizando varios métodos de evaluación basados en los objetivos del curso y de la clase, así como en las metas y actividades de los planes de acción de su BPSO. Reflejando el modelo de evaluación del aprendizaje de Kirkpatrick (1994, 2007), como se muestra en la Figura 9.3, estos enfoques de evaluación para los estudiantes incluyen la medición de:

- El conocimiento, a través de pruebas que incorporan información sobre la práctica basada en la evidencia (PBE) en general y sobre cada una de las Guías específicas de RNAO estudiadas.
- Las actitudes, a través de la atención a la capacidad de los estudiantes para buscar y preguntar sobre la evidencia de apoyo para la práctica.
- La aplicación, a través de la observación del uso de las Guías de RNAO por parte de los estudiantes en la atención al paciente y en los planes de atención por escrito, discusiones de los estudiantes sobre la experiencia pre y posclínica, y reflexiones por escrito.
- Los impactos más amplios sobre los pacientes y la organización, a través de la observación de cambios en los resultados en salud de los pacientes y la capacidad del estudiante para analizar las Guías y/o liderar cambios en el lugar de trabajo relacionados con la práctica basada en la evidencia.

REFLEXIÓN

¿Cómo se comparan los modelos de evaluación de Kirkpatrick y Donabedian? ¿Cuáles son sus similitudes y diferencias? ¿Cuál es el beneficio de utilizar ambos modelos en la evaluación de la educación en relación con la integración de las Guías en el plan curricular?

Durante las reuniones del plan de estudios y las revisiones generales al final del semestre, el profesorado examina el impacto de las Guías en el plan de estudios y cómo y hasta qué punto se han incorporado las Guías y la práctica basada en la evidencia. En las escuelas de Enfermería que se presentan en este capítulo, se han desarrollado desde el principio planes de evaluación específicos que permiten medir la competencia de la práctica basada en la evidencia y de las Guías de RNAO en los estudiantes, así como la integración del profesorado de la práctica basada en la evidencia y de las Guías de RNAO a lo largo de todo el plan de estudios, cada año de programa y cada curso.

La investigación de evaluación relacionada con la integración de las Guías en el plan curricular de Enfermería de pregrado está en su primera fase, con pocos marcadores específicos, observables y medibles para monitorizar y rastrear el progreso y los logros atribuibles al uso de las Guías para mejorar el aprendizaje sobre la práctica basada en la evidencia. Esta brecha contribuye a los desafíos experimentados por el sistema de datos para la investigación y la evaluación (NQuIRE®) de RNAO (ver el Capítulo 16, *Evaluación del impacto de las Guías: desarrollo y perfeccionamiento de NQuIRE*) en la identificación y definición de indicadores de educación apropiados. En colaboración con los BPSO académicos, el desarrollo de indicadores educativos está avanzando y sin duda abrirá nuevos caminos para el ámbito académico de la Enfermería. Los indicadores identificados se incluirán en el sistema de datos NQuIRE, y los BPSO académicos se unirán a las organizaciones de servicios de salud para recopilar, analizar y comunicar datos comparativos derivados de la integración de las Guías en los planes de estudios de Enfermería de pregrado.

REFLEXIÓN

Describa cómo los BPSO académicos pueden determinar el impacto de las Guías en el plan de estudios y cómo la designación de BPSO podría mejorar la relación entre la enseñanza, la práctica y la investigación.

APOYO A LA EDUCACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA A TRAVÉS DE LA INVESTIGACIÓN

Algunos estudiosos sostienen que la enseñanza y la investigación son "prácticas análogas con un objetivo esencial común: el avance del aprendizaje y el conocimiento" (Light & Calkins, 2015, p. 345). Otros

sugieren que "una buena investigación es un requisito previo para una buena enseñanza y la calidad de la enseñanza depende en gran medida de la capacidad de los instructores para crear y comunicar conocimientos" (Bak & Kim, 2015, p. 845). Los educadores que utilizan su investigación como parte del material del curso introducen a los estudiantes al conocimiento más actualizado y los exponen a conceptos, ideas y soluciones actuales de la vida real, problemas prácticos de salud. "A la inversa, la enseñanza puede enriquecer la investigación al alentar a los profesores a aclarar su pensamiento y describir su razonamiento a nuevos públicos" (Bak & Kim, 2015, p. 845). Los tres BPSO académicos de este capítulo se dedican a la investigación basada en la evidencia y relacionada con las Guías. Los educadores dirigen programas de investigación con otros departamentos académicos, organizaciones de servicio, socios gubernamentales y estudiantes relacionados con el desarrollo, la implantación, la evaluación y la difusión de las Guías. La creación de estas oportunidades de investigación se alinea con la prioridad estratégica común de las universidades de mejorar los grupos de investigación e involucrar a los estudiantes en la investigación del profesorado.

REFLEXIÓN

Identifique las formas en que la agenda de investigación en una escuela de Enfermería puede enriquecerse mediante la integración de las Guías en el plan de estudios y la designación de BPSO.

CONCLUSIÓN

Los BPSO académicos apoyan la intención de las escuelas de Enfermería de desarrollar una comunidad de enfermeras que piensen críticamente, se involucren efectivamente en la resolución de problemas y utilicen la evidencia más actualizada y rigurosa para asegurar que el público reciba la mejor atención de Enfermería posible. La Figura 9.4 refleja el orgullo de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud de Atlántica como un BPSO académico. Las Guías son una herramienta para enseñar y aprender sobre la evidencia que tiene aplicabilidad internacional. Junto con otras formas de evidencia, su integración en los planes de estudio proporciona a los estudiantes una manera sólida de adquirir competencia para identificar, implantar, evaluar y criticar las buenas prácticas y su aplicación en el cuidado de las personas y las familias. La designación de BPSO como una innovación curricular que abarca la integración de las Guías a lo largo del plan curricular requiere un cambio planificado deliberado que incluya el desarrollo de capacidades, el análisis de los grupos interesados, la gestión de los elementos facilitadores y las barreras, la evaluación de la calidad y los planes de sostenibilidad.

Los BPSO académicos proporcionan un medio para involucrar a los servicios académicos y de salud en sus objetivos comunes de preparar a los estudiantes para la práctica basada en la evidencia; para apoyar la práctica sostenida basada en la evidencia en el lugar de trabajo y así cerrar la brecha entre el ámbito de servicios y el académico; y para establecer programas de investigación para mejorar la enseñanza, el aprendizaje y la práctica basados en la evidencia.



FIGURA 9.4 BPSO académico de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud de Atlántica.

MENSAJES CLAVE

- En el ámbito académico, las Guías de Buenas Prácticas sirven como una herramienta fundamental para enseñar y preparar a los estudiantes de Enfermería para la práctica basada en la evidencia.
- La designación de Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) involucra a las instituciones académicas en una estrategia de cambio dinámica y planificada que conduce al establecimiento, implantación e integración sostenida de las Guías de Buenas Prácticas en el plan curricular.

- Entre las estrategias clave para integrar las Guías de Buenas Prácticas en los planes de estudio se incluyen el desarrollo de objetivos de aprendizaje multinivel y el diseño de estrategias de enseñanza y aprendizaje.
- La buena integración de las Guías de Buenas Prácticas en el plan curricular requiere anticiparse a los factores y condiciones que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de innovación en el plan de estudios. También es necesario adaptar los planes de integración al contexto local.
- La investigación de evaluación relacionada con la integración de las Guías en el plan curricular de los estudiantes de Enfermería está en su primera fase, con la necesidad de desarrollar indicadores específicos, observables y medibles para monitorizar el progreso y los logros atribuibles al uso de las Guías de Buenas Prácticas en el plan de estudios.
- Los BPSO académicos se dedican a la investigación basada en la evidencia y relacionada con las Guías que puede mejorar tanto el desarrollo del aprendizaje como el del conocimiento.
- La calidad de la educación en Enfermería y la competencia de los estudiantes de Enfermería de grado y de postgrado en la práctica basada en la evidencia se mejora a través de la integración de las Guías en los planes de estudio.

REFERENCIAS

Athwal, L., Marchuk, B., Laforet-Fliesser, Y., Castanza, J., Davis, L., & LaSalle, M. (2013). *Adaptation of a Best Practice Guideline to strengthen client-centered care in public health. Public Health Nursing, 31*(2),134–143. doi: 10.1111/phn.12059

Bak, H., & Kim, D. (2015). Too much emphasis on research? An empirical examination of the relationship between research and teaching in multitasking environments. *Research in Higher Education*, *56*(8), 843–860. doi: 10.1007/s11162-015-9372-0

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L., & Shulman, L. S. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Brouwers, M., Kho, M., Browman, G., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., . . . Makarski, J. on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, *182*(18), E839–E842. doi: 10.1503/cmaj.090449

Centers for Disease Control and Prevention's Office on Smoking and Health and Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity. (2011). *Developing an effective evaluation plan: Setting the course for effective program evaluation*. Retrieved from https://www.cdc.gov/obesity/downloads/cdc-evaluation-workbook-508.pdf

Christie, J., Hamill, C., & Power, J. (2012). How can we maximize nursing students' learning about research evidence and utilization in undergraduate, preregistration programmes? *Journal of Advanced Nursing*, *68*(12), 2789–2801. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05994.x

Cruickshank, C., & Ells, G. (2014). *Building our future: A new collaborative model for undergraduate nursing education in Nova Scotia*. Halifax, NS: Nova Scotia Department of Health and Wellness.

Dawley, K., Rosen Bloch, J., Dunphy Suplee, P., McKeever, A., & Scherzer. G. (2011). Using a pedagogical approach to integrate evidence-based teaching in an undergraduate women's health course. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, Second Quarter*, *8*(2), 116–123. doi: 10.1111/j.1741-6787.2010.00210.x

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, *260*(12), 1743–1748.

Edwards, N., & Grinspun, D. (2011). Understanding whole systems change in healthcare: The case of emerging evidence-informed nursing. Final report for CHSRF REISS Program #RC2-1266-06. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation.

Field, B., Booth, A., Ilott, I., & Gerrish, K. (2014). Using the Knowledge to Action Framework in practice: A citation analysis and systematic review. *Implementation Science*, *9*(172). doi: 10.1186/s13012-014-0172-2

Fineout-Overholt, E., & Melnyk, B. (2005). Building a culture of best practice. *Nurse Leader, 3*(6), 26–30. doi: 10.1016/j.mnl.2005.09.007

Finotto, S., Carpanoni, M., Casadei Turroni, E., Camellini, R., & Mecugni, D. (2013). Teaching evidence-based practice: Developing a curriculum model to foster evidence-based practice in undergraduate student nurses. *Nurse Education in Practice*, *13*(5), 459–465. doi.org/10.1016/j.nepr.2013.03.021

Florin, J., Ehrenberg, A., Wallin, L., & Gustavsson, P. (2012). Educational support for research utilization and capability beliefs regarding evidence-based practice skills: A national survey of senior nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(4), 888–897. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05792.x

Friedman, L., Engelking, C., Wickham, R., Harvey, C., Read, M., & Whitlock, K. B. (2009). The EDUCATE Study: A continuing education exemplar for clinical practice guideline implementation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *13*(2), 219–230. doi:10.1188/09.CJON.219-230

Graham, I., & Harrison, M. (2005). EBN users' guide: Evaluation and adaptation of clinical practice guidelines. *Evidence-Based Nursing*, 8, 68–72. doi: 10.1136/ebn.8.3.68

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., . . . Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, 13–24.

Hanrahan, K., Wagner, M., Matthews, G., Stewart, S., Dawson C., Greiner, J., . . . Williamson, A. (2015). Sacred cow gone to pasture: A systematic evaluation and integration of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *12*(1), 3–11.

Institute of Medicine (IOM). (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press.

Jones, A. (2007). Putting practice into teaching: An exploratory study of nursing undergraduates' interpersonal skills and the effects of using empirical data as a teaching and learning resource. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(12), 2297–2307. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01948.x

Kirkpatrick, D. L. (1994). *Evaluating training programs: The four levels.* San Francisco, CA: Berrett-Koehler.

Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2007). *Implementing the four levels: A practical guide for effective evaluation of training programs.* San Francisco, CA: Berrett-Koehler.

Kitson, A., Wiechula, R., Conroy, T., Muntlin Athlin, A., & Whitaker, N. (2013). *The future shape of the nursing workforce: A synthesis of the evidence of factors that impact on quality nursing care.* Adelaide, South Australia: School of Nursing, University of Adelaide.

LAW 266. (1996, January 25). Why the nursing profession in Colombia is regulated and other provisions. Official Gazette No. 42.710, of February 5, 1996. Retrieved from https://www.global-regulation.com/translation/colombia/6403967/why-the-nursing-profession-in-colombia-is-regulated-and-other-provisions.html

Light, G., & Calkins, S. (2015). The experience of academic learning: Uneven conceptions of learning across research and teaching. *Higher Education*, *69*(3), 345–359. doi: 10.1007/s10734-0-14-9779-0

MacDonald, J., Edwards, N., Davies, B., Marck, P., & Read Guernsey, J. (2012). Priority setting and policy advocacy by nursing association: A scoping review and implications using a socio-ecological whole systems lens. *Health Policy*, *107*(1), 31–43.

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *11*(1), 5–15.

Missal, B., Schafer, K., Halm, M., & Schaffer, M. (2010). A university and health care organization partnership to prepare nurses for evidence-based practice. *Journal of Nursing Education*, *49*(8), 456–461.

Nursing Executive Center. (2008). Bridging the preparation-practice gap, Volume I: Quantifying new graduate nurse improvement needs. Retrieved from http://www.advisory.com/Research/Nursing-Executive-Center/Studies/2008/Bridging-the-Preparation-Practice-Gap-Volume-I

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., . . . Downey, A. (2010). The role of nursing best practice champions in diffusing practice guidelines: A mixed methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(4), 238–251. doi: 10.1111/j.1741-6787.2010.00202.x

Prentice, D., Ritchie, R., Crandall, J., Harwood, L., McAuslan, D., Lawrence-Murphy, J., & Wilson, B. (2009). Implementation of a diabetic foot management Best Practice Guideline (BPG) in hemodialysis units. *The CANNT Journal*, *19*(4), 20–24.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2003). *Breastfeeding: Best Practice Guidelines for nurses.* Toronto, ON: RNAO. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Breastfeeding_Best_Practice_Guidelines_for_Nurses.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005). *Educators' resource: Integration of Best Practice Guidelines.* Toronto, ON: RNAO. Retrieved from http://rnao.ca/bpg/guidelines/resources/educators-resource-integration-best-practice-guidelines

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Collaborative practice among nursing teams.* Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario. (RNAO). (2006b). *Establishing therapeutic relationships.* Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007a). *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence.* Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007b). *Professionalism in nursing.* Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2008). *Assessment and device selection for vascular access.* Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009a). *Assessment and care of adults at risk for suicide ideation and behaviour.* Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009b). *Nursing management of hypertension*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010). *Strategies to support self-management of chronic conditions: Collaboration with clients*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011a). *End-of-life care during the last days and hours*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011b). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a). *Facilitating client centred learning*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Managing and mitigating conflict in health-care teams*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012c). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012d). *Woman abuse: Screening, identification, and initial response*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013a). *Assessment and management of pain* (3rd ed.). Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013b). *Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patient, organizational, and system outcomes*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013c). *Developing and sustaining nursing leadership*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014a). *Primary prevention of childhood obesity* (2nd ed.). Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014b). *Working with families to promote safe sleep for infants 0–12 months of age*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015a). 2014–2015 Best Practice Spotlight Organization (BPSO) impact survey: Summary of survey results. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015b). *Engaging clients who use substances*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015c). *Person- and family-centred care*. Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016a). *Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team* (3rd ed.). Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016b). *Intra-professional collaborative practice among nurses* (2nd ed.). Toronto, ON: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017a). Best Practice Spotlight Organization (BPSO). Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAOBPSOFactSheetApril2017.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017b). Clinical guidelines. Retrieved from http://rnao.ca/bpg/guidelines/clinical-guidelines

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017c). Healthy work place environment guidelines. Retrieved from http://rnao.ca/bpg/guidelines/hwe-guidelines

Rempel, L., & McCleary, L. (2012). Effects of the implementation of a breastfeeding Best Practice Guideline in a Canadian public health agency. *Research in Nursing & Health*, *35*(5), 435–449. doi: 10.1002/nur.21495

Silva-Galleguillos, A. (2015). Implementación de guías de buenas prácticas clínicas elaboradas por Registered Nurses' Association of Ontario en curriculum de en Enfermería Universidad de Chile. *MedUNAB*, *17*(3), 182–189.

Silva-Galleguillos, A. (2016). Formación por competencias en Enfermería. Experiencia de la Universidad de Chile. *MedUNAB*, *19*(2), 134–141.

Stacey, D., Higuchi, K., Menard, P., Davies, B., Graham, I., & O'Connor, A. (2009). Integrating patient decision support in an undergraduate nursing curriculum: An implementation project. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, *6*(1), Article 10.

UNIDAD

3

AMPLIACIÓN HACIA ARRIBA, HACIA FUERA Y EN PROFUNDIDAD: INICIATIVAS DE IMPLANTACIÓN EN TODO EL SISTEMA

10 AMPLIACIÓN HACIA ARRIBA Y HACIA FUERA: INICIATIVAS DE IMPLANTACIÓN EN TODO EL SISTEMA 241

11 PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN 265

CAPÍTULO

10

AMPLIACIÓN HACIA ARRIBA Y HACIA FUERA: INICIATIVAS DE IMPLANTACIÓN EN TODO EL SISTEMA

Heather McConnell, MAE(Ed), BScN, RN
Sabrina Merali, MN, RN
Sheila John, MScN, BScN, RN
Susan McNeill, MPH, RN
Irmajean Bajnok, PhD, MScN, BScN, RN

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Identificar los factores clave que influyen la ampliación hacia arriba y hacia fuera de prácticas basadas en la evidencia, y por qué cada uno de ellos es importante para crear un cambio sostenido.
- Comprender las estrategias multifacéticas que se han utilizado para lograr la participación de todo el sistema en la práctica basada en la evidencia, como se ilustra en tres estudios de caso que ponen de relieve las iniciativas de implantación de RNAO.
- Describir el papel de las guías de RNAO basadas en la evidencia en la ampliación de las actividades dentro de la Enfermería, el sistema de salud y más allá.
- Apreciar el papel de los impulsores que conocen los procesos de cambio y difusión, así como del contenido del cambio.
- Resumir cómo se pueden aprovechar las asociaciones para aumentar la visibilidad y ampliar la influencia en las políticas.
- Definir cómo el liderazgo a todos los niveles puede tener un impacto en la expansión y replicación de las innovaciones.
- Expresar cómo la aportación de la innovación a través de la construcción de redes, el desarrollo de la capacidad, la adaptación al contexto local y la integración con el sistema actual tienen un impacto en la ampliación hacia arriba y hacia fuera de prácticas basadas en la evidencia.

INTRODUCCIÓN

Utilizando la teoría de la difusión que refleja los principios de la ampliación hacia arriba y hacia fuera de prácticas basadas en la evidencia, en este capítulo se describen los factores clave que influyen en el éxito de la difusión de las prácticas, la formación y las políticas basadas en la evidencia desde el nivel institucional al regional, provincial y nacional, con repercusiones en todos los sectores. Los tres estudios de caso presentados ilustran el uso de estos principios por parte de RNAO en proyectos de implantación seleccionados, centrados en la salud mental y la adicción, el abandono del hábito de fumar y las iniciativas de prevención de caídas y el efecto resultante en la práctica sostenida y los cambios de políticas. Específicamente, una metodología de difusión sistemática; el acceso a recursos claros, creíbles y basados en la evidencia que se sabe que son efectivos; la identificación de los elementos facilitadores relacionados con la implantación; el desarrollo de capacidades; el compromiso de los líderes administrativos y clínicos y la colaboración con los socios, todo ello contribuye a la expansión y replicación efectiva de la evidencia en la práctica, lo que conduce a un uso sostenido en todos los niveles y en todos los sectores del sistema de salud.

AMPLIACIÓN: EL OBJETIVO DE LA DIFUSIÓN Y LA INNOVACIÓN

Durante la última década ha habido un crecimiento en la literatura sobre la implantación, explorando cómo las innovaciones en la práctica pueden ser difundidas deliberadamente a través del sistema para mejorar los resultados de salud. En parte, esto se debe al creciente reconocimiento de que, a pesar del desarrollo de productos, prácticas y programas innovadores dentro del sistema, no siempre han logrado su pleno impacto debido a los desafíos de la expansión (Mangham & Hanson, 2010). Gran parte de la investigación emergente en el área de la ampliación se centra en intervenciones de salud pública y programas de salud mundial a gran escala y, por tanto, hay muchas definiciones de la expansión en la literatura. Sin embargo, los elementos comunes incluyen una descripción de la *expansión* como una serie de procesos para introducir innovaciones con eficacia demostrada y con el objetivo de mejorar la cobertura y el acceso equitativo a la innovación (Edwards, 2010).

En el sector de la salud, la *ampliación hacia arriba* se ha definido en algunos casos como la ampliación de la cobertura de una intervención (Mangham y Hanson, 2010) y en otros casos como "los esfuerzos para aumentar el impacto de las innovaciones probadas con éxito en proyectos piloto o experimentales con el fin de beneficiar a un mayor número de personas y fomentar el desarrollo de políticas y programas de forma duradera" (Simmons, Fajans y Ghiron, 2007, p. viii). Esta última definición refleja la tipología de *ampliación* presentada por Moore y Riddell (2015) e incluye la *ampliación hacia arriba* (ampliación de cobertura), *ampliación hacia fuera* (alterando la políticas, leyes y estándares), y *ampliando hacia dentro* (cambiando las normas). Para maximizar los beneficios de los esfuerzos de implantación, es de vital importancia considerar los tres aspectos de la ampliación cuando se difunden las innovaciones. En este capítulo, diferenciamos entre la ampliación hacia arriba, la ampliación hacia fuera, donde es importante hacer hincapié en actividades específicas dirigidas a la expansión, el impacto en las políticas y el mantenimiento.

EXPANSIÓN: CONSIDERACIONES PRINCIPALES

Edwards (2010, p. 12) exploró los elementos que afectan a los programas de expansión mediante el examen de experiencias de ampliación eficaces e ineficaces. Los desafíos identificados en las iniciativas ineficaces pueden agruparse en seis categorías:

- Subestimar los recursos necesarios para la expansión
- Ingenuidad política y de las directrices

- Falta de atención a los temas de sostenibilidad y expansión durante los primeros esfuerzos para probar o implantar la asimilación de la innovación
- Un énfasis excesivo en la expansión o replicación de las innovaciones
- Desatención a los elementos espaciales de la expansión
- Desatención al lado de la demanda de la expansión

Edwards (2010) presentó una tipología de innovaciones relevantes para la práctica de la salud pública de acuerdo con su potencial de expansión y clasificó estas innovaciones como: 1) innovaciones discretas; 2) innovaciones de componente mixto y multinivel; y 3) innovaciones paradigmáticas. Las *intervenciones discretas* son aquellas que están bien definidas y a las que también se ha hecho referencia como intervenciones directas (Policy Brief, 2010). Se consideran para la expansión porque se ha demostrado su eficacia y efectividad y su aplicación parece ser sencilla en un principio. Algunos ejemplos de este tipo de innovación en el ámbito de la salud pública son las vacunas, el enriquecimiento con micronutrientes y el fluoruro en el agua potable.

La segunda categoría, innovaciones de componente mixto y multinivel, involucra muchos componentes interrelacionados (conjunto intersectorial de innovaciones) que están dirigidos a más de un nivel de sistema. Estas innovaciones tienden a ser más complejas, menos prescriptivas, menos estructuradas y tienen componentes que deben funcionar sinérgicamente para lograr los beneficios previstos. Los componentes de estas intervenciones deben adaptarse tanto a la población objetivo como al contexto en el que se están introduciendo, manteniendo al mismo tiempo los elementos de la intervención que han demostrado ser eficaces. Además, los elementos de estas innovaciones pueden difundirse orgánicamente, por ejemplo, a través de un movimiento social. Ejemplos de este tipo de innovación se observan en los campos del control del tabaco, la salud cardiaca, la prevención de la obesidad infantil y la seguridad en el lugar de trabajo (Edwards, 2010, p. 9).

La última categoría descrita por Edwards (2010) son las innovaciones paradigmáticas. Estas innovaciones implican una nueva forma de pensar sobre los problemas, cómo los entendemos, cuáles podrían ser las posibles soluciones y quiénes deberían participar en la determinación e implantación de las soluciones. Algunos ejemplos incluyen la utilización de determinantes sociales de la salud en un enfoque previo de los programas y la consideración de la salud en todas las políticas en un esfuerzo por lograr la salud de la población. Este tipo de innovaciones ayuda a quienes trabajan en la ampliación de programas al considerar las características de la innovación y los factores que pueden tener un impacto en el proceso de expansión. En cierto modo, esta tipología de innovaciones se asemeja a la tipología de escalamiento, expansión, replicación y colaboración (Moore & Riddell, 2015), con la excepción de que Moore y Riddell afirman que en todas las iniciativas de escalamiento, independientemente de su tamaño, el impacto cultural es fundamental para que se adhieran a ellas. En otras palabras, cuanto más profunda sea la escala, mejor.

UNA EXPANSIÓN CON ÉXITO

Para determinar la mejor manera de enfocar la expansión de una innovación, Yamey (2011) ofrece un marco útil basado en una revisión de la literatura, las experiencias personales y las experiencias de los "expertos en escalamiento" en el campo del desarrollo global. A través de este examen de temas clave en la ciencia emergente del cambio a gran escala en la salud mundial, Yamey (2011) identificó los siguientes factores que explican el éxito de la expansión:

- **Atributos de la intervención:** reconocidos como valiosos, fáciles de usar y basados en la evidencia.
- **Liderazgo y gobernabilidad:** involucrar al liderazgo a todos los niveles y fomentar el compromiso con la expansión y replicación.

- **Obtener la aceptación:** los primeros usuarios involucran a una serie de partes interesadas e implantadores claves en la comunidad objetivo.
- **Estrategia de entrega**: adaptación del enfoque de expansión a la comunidad local, usando teorías de difusión y redes sociales, enfoques en cascada y por etapas, adaptación al contexto local e integración en el sistema local.
- **Medición y evaluación**: incorporar la evaluación y las lecciones aprendidas.

Los tres estudios de caso que siguen ilustran muchos aspectos, tanto de la tipología de innovaciones de Edwards (2010) como de la tipología de ampliación de Moore y Riddell (2015) y demuestran cómo se abordaron los elementos del marco de ampliación de Yamey (2011) para garantizar el éxito. Todas las innovaciones que se están expandiendo en estos proyectos de implantación pertenecen a la categoría de componentes mixtos y multinivel, fundamentados en prácticas basadas en la evidencia que han demostrado ser eficaces, como se sintetiza en las Guías de RNAO pertinentes. Los enfoques para la ampliación reflejan la expansión, la adaptación y el cambio a través de los múltiples métodos utilizados y el grado de participación de la comunidad. Además, muchos de los temas de Yamey (2011) serán evidentes de manera única en cada uno de estos ejemplos de ampliación de las iniciativas y se destacarán en cuanto a su impacto.

E S T U D I O D E C A S O

INICIATIVA DE SALUD MENTAL Y ADICCIÓN

El Grupo de Trabajo sobre Metadona del Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (el Ministerio de Salud y de Cuidados de larga duración de Ontario) se creó en abril de 2006 en respuesta al aumento de la prescripción y del uso indebido de opioides y a la necesidad de unos servicios accesibles, equitativos y oportunos de Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (TMM), para la adicción a los opioides en Ontario. Después de una extensa deliberación por parte del grupo de trabajo basada en evidencia experta, científica y experiencial, el informe se publicó en 2007 (Ministry of Health and Long-Term Care [MOHLTC], 2007). Incluía 26 recomendaciones que abordaban la Enfermería y otras disciplinas de la atención sanitaria y describía los elementos que se necesitaban para unos servicios de TMM accesibles, exhaustivos e integrados en Ontario. Posteriormente, RNAO recibió financiación para desarrollar una Guía de Buenas Prácticas titulada *Apoyo a pacientes en tratamiento con metadona (*RNAO, 2009b) y respaldar su adopción mediante la sensibilización, la formación y el desarrollo de capacidades. Esto fue en respuesta a una de las recomendaciones del informe dirigido a RNAO, debido a su excelente reputación en el ámbito de la política y del desarrollo difusión y evaluación de guías de prácticas basadas en la evidencia.

Después de la publicación de la guía de RNAO en 2009, el panel de expertos de desarrollo de guías identificó la necesidad de más guías y recursos para enfermeras y otros proveedores de atención médica para apoyar eficazmente a las personas de Ontario con necesidades de salud mental y adicción. A través de la promoción continua de esta población, RNAO recibió fondos adicionales del Ministerio y lanzó la Iniciativa de Salud Mental y Adicción de RNAO (la "Iniciativa") en 2010. Desde entonces, la Iniciativa ha servido como un recurso clave en Ontario para apoyar a las enfermeras y otros proveedores de atención médica en el trabajo eficaz con las personas que consumen sustancias y necesitan ayuda con la salud mental.

METODOLOGÍA SISTEMÁTICA DE IMPLANTACIÓN

En 2013, para comprender mejor las necesidades y deficiencias del sistema de salud mental y adicciones, RNAO patrocinó un estudio a fondo sobre el entorno para poder basar el desarrollo de una estrategia integral de cinco años y guiar la labor de la Iniciativa. Los resultados del estudio concluyeron que las enfermeras necesitaban apoyo en todos los sectores y en toda la atención continua que podían abordarse mediante la implantación de Guías específicas para la salud mental y la adicción. Otras prioridades en salud mental y la adicción incluyeron el fortalecimiento de la conexión de la práctica y las directrices con el desarrollo y la adopción de las Guías, mejorando la

capacidad de las enfermeras a través de programas universitarios de Enfermería en todo Canadá, así como de oportunidades de desarrollo profesional y del desarrollo de recursos basados en la evidencia para que las enfermeras y otras disciplinas de la salud apoyen su práctica.

RNAO elaboró un modelo conceptual (ver Figura 10.1) que orienta la metodología de implantación sistemática utilizada por la Iniciativa para difundir y ampliar las buenas prácticas en materia de adicción y salud mental. La Iniciativa incorpora los elementos clave del acceso a las guías basadas en la evidencia y los apoyos para la implantación; el desarrollo de capacidades relacionadas con el conocimiento, las habilidades y las actitudes; y la colaboración con los socios y los grupos interesados de apoyo para ayudar en la expansión, la adaptación y el cambio.



FIGURA 10.1 Modelo conceptual de la Iniciativa de Salud Mental y Adicción de RNAO.
Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

ACCESO A HERRAMIENTAS BASADAS EN LA EVIDENCIA (DIFUSIÓN DE GUÍAS Y RECURSOS DE IMPLANTACIÓN)

RNAO tiene más de 15 años de experiencia en el desarrollo de Guías de Buenas Prácticas y en el apoyo a la difusión efectiva y la adopción de conocimientos a nivel de la práctica, la formación y las políticas. Hasta la fecha, se han utilizado múltiples Guías para influir en el cambio a nivel de sistema relacionado con la salud mental y la adicción. Por ejemplo, las recomendaciones prácticas contenidas en la guía *Involucrar a los pacientes que usan sustancias* (RNAO, 2015a) constituyen el plan de estudios básico para todos los programas de desarrollo profesional de RNAO relacionados con la adicción. Las recomendaciones para la formación de esta guía, junto con las de las siguientes Guías, centradas en la salud mental y la adicción: *Atención centrada en la persona y la familia* (RNAO, 2015b); *Establecimiento de relaciones terapéuticas* (RNAO, 2006a); *Facilitar el aprendizaje centrado en el cliente* (RNAO, 2012a); *Intervención en casos de crisis* (RNAO, 2006b) y *Fomento de un desarrollo saludable en los adolescentes* (RNAO, 2006b) apoyaron el trabajo de RNAO con la Canadian Association of Schools of Nursing (Asociación Canadiense de Escuelas de Enfermería, CASN, por sus siglas en inglés) y el cuerpo docente de todo Canadá en el desarrollo de las competencias de salud mental y adicción de entrada a la práctica. Además, las recomendaciones para la organización sirven de base para la labor de promoción de RNAO en relación con la reducción de los daños, la disminución de las desigualdades en materia de salud, la prestación de servicios mejorados de atención de la salud y el acceso a una atención integrada y Colaboración para los pacientes que consumen sustancias. Todas las Guías mencionadas anteriormente, así como otras centradas en la salud mental y la adicción, como *Intervenciones para la depresión posparto* (RNAO, 2005a); *Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida* (RNAO, 2009a); y *El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial* (RNAO, 2012c): se han utilizado para basar el desarrollo de capacidades y las iniciativas para la práctica, la formación y las políticas.

La página principal de Salud Mental y Adicción de RNAO (www.RNAO.ca/mentalhealth) sirve como un centro único para las enfermeras, otros proveedores de atención médica y el público en general para acceder a los numerosos recursos basados en la evidencia desarrollados por RNAO y proporcionados para promover la traducción y el intercambio de conocimientos a nivel provincial, nacional e internacional. Estos recursos incluyen: módulos de aprendizaje en línea autodirigidos, videos educativos, herramientas para los impulsores juveniles de salud mental y adicción (YMHAC, por sus siglas en inglés), que apoyan la promoción de la salud mental y la resistencia entre los jóvenes; guías para el educador, para apoyar las buenas prácticas relacionadas con las competencias básicas de salud mental y adicción; seminarios web regulares de intercambio de conocimientos y conjuntos de normas enfermas, soportes de implantación habilitados por la tecnología; árboles de decisión y "guías de bolsillo" como recordatorios para apoyar la implantación de las Guías. Varios otros canales de comunicación dirigidos a los grupos interesados locales, nacionales e internacionales se utilizan para apoyar la difusión, incluyendo asociaciones, redes sociales, presentaciones, publicaciones y campañas de salud mental, como la campaña Bell Let's Talk que se llevó a cabo en todo Canadá (Bell Canada, 2017).

DESARROLLO DE LA CAPACIDAD

Dada la prevalencia de las enfermedades mentales en todo el espectro de edad y las relaciones entre las enfermedades mentales, la adicción y otras afecciones relacionadas, se asegura que las enfermeras en todos los ámbitos de la práctica atenderán a los pacientes con problemas de salud y enfermedad mental (Nadler-Moodie, 2010). La Iniciativa fomenta la capacidad de las enfermeras para utilizar las buenas prácticas y herramientas basadas en la evidencia cuando trabajan con personas con necesidades de salud mental y adicción.

PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE ENFERMERÍA

Una prioridad clave de la Iniciativa, en asociación con la Federación Canadiense de Enfermeras de Salud Mental (Canadian Federation of Mental Health Nurses, CFMHN), es apoyar al cuerpo docente para asegurar que el plan de estudios de Enfermería proporcione un enfoque integrado en los contenidos de salud mental y la adicción basados en la evidencia. La intención es mejorar la capacidad de los estudiantes para abordar las necesidades de salud mental y adicción con los pacientes en todos los entornos. En relación con esta prioridad, RNAO colaboró con la Canadian Association of Schools of Nursing y otros grupos interesados nacionales en la elaboración de un marco nacional basado en el consenso para el acceso a la práctica de la salud mental y la lucha contra la adicción, que se basa en disciplinas esenciales de los ingresos y los indicadores, que fueron publicados por CASN en 2015 como las Competencias de Salud Mental de Entrada a la Práctica para la Educación de Enfermería de Pregrado en Canadá (CASN, 2015). Las competencias garantizan la integración de los contenidos básicos relacionados con la salud mental y la adicción en el plan de estudios de Enfermería y son utilizadas por CASN junto con otras competencias y normas al acreditar a las escuelas de Enfermería.

RNAO también participó en una asociación con la CASN para determinar estrategias de difusión de las competencias y garantizar su adopción. Esto dio como resultado la colaboración en el desarrollo del Recurso para el educador de Enfermería sobre salud mental y adicción de RNAO *(Nurse Educator Mental Health and Addiction Resource)* (RNAO, 2017a) aprobado por la CASN y comparado con las competencias de salud mental y adicción de la CASN. El documento está disponible en versión impresa y en línea y se ha distribuido a escuelas de Enfermería en todo Canadá. Se han organizado actividades de fomento de la capacidad y se ha prestado apoyo a múltiples interesados para facilitar la utilización de este valioso recurso.

COMPROMISO DE LOS IMPULSORES

Como se discutió en el Capítulo 4, *Forjando el camino con la ciencia de la implantación,* RNAO ha invertido en la capacitación, el compromiso y la movilización de los impulsores de las buenas prácticas. Como estrategia clave dentro de esta Iniciativa, se ha establecido un programa impulsor a medida para abordar no solo los principios de la implantación de cambios en la práctica, sino también el contenido clínico relacionado con la salud mental y la adicción. Hasta la fecha, el programa ha capacitado a más de 1.400 enfermeras y otros proveedores de atención médica para liderar la adopción de prácticas basadas en la evidencia en esta área clínica. Para apoyar el desarrollo continuo de la capacidad de estos impulsores, RNAO se ha asociado con otros actores locales y nacionales para ofrecer seminarios web mensuales sobre temas relacionados, que tienen un amplio alcance a nivel local, nacional e internacional.

Una aplicación única del enfoque de impulsores en la Iniciativa de Salud Mental y Adicción, por sus siglas en inglés) es evidente en el programa de RNAO Impulsores juveniles de salud mental y adicción. Es una estrategia innovadora y de empoderamiento para crear conciencia entre los jóvenes sobre la salud mental, la enfermedad y el uso de sustancias. Este programa utiliza elementos de la Red de impulsores de buenas prácticas y ha sido conceptualizado como dirigido por pares, multicomponente e involucrando a múltiples grupos interesados.

En el programa de YMHAC, basado en el principio de liderazgo entre pares, los líderes juveniles trabajan con su unidad local de salud pública, las juntas escolares del distrito y las escuelas para asesorar a los impulsores juveniles en la planificación, ejecución y evaluación de las estrategias de participación local. El programa ayuda a cambiar las actitudes de un enfoque en las enfermedades mentales hacia la promoción de la salud mental y también se basa en la fuerza de enfermeras y educadores que trabajan juntamente con los jóvenes para crear comunidades escolares positivas y resistentes.

El éxito abrumador de la iniciativa, de 2013 a 2015, fue posible gracias al liderazgo colaborativo de RNAO, a la provisión de Guías basadas en la evidencia, a estrategias de implantación, a las asociaciones que se fomentaron desde RNAO, la salud pública, las juntas escolares y el apoyo del personal y la salud mental de las escuelas. A fin de fomentar la sostenibilidad en el tiempo del proyecto, RNAO creó la *Herramienta YMHAC* (http://ymhac.rnao.ca) en inglés y francés y está trabajando con los principales grupos interesados en la formación y la salud para permitir la implantación generalizada del programa de YMHAC en todas las escuelas de las comunidades de Ontario.

ASOCIACIONES DE COLABORACIÓN

La Iniciativa se basa en un enfoque de colaboración que involucra a los socios (enfermeras y grupos interesados en la atención sanitaria) comprometidos con el objetivo de mejorar los servicios de salud mental y adicción y mejorar los resultados. Socios que influyen en la práctica, las políticas y los cambios educativos incluyen al gobierno a nivel de políticas y programas especiales, el sistema público de salud y los sistemas de educación, grupos de interés de los servicios de salud mental de enfermeras a nivel nacional e internacional y los organismos nacionales de establecimiento de normas. Estas asociaciones dentro y fuera del sector de la salud son vitales para la Iniciativa, en particular para la adaptación de las políticas y el cambio de normas de las Guías de Salud Mental y Adicción de RNAO. Las asociaciones que todavía no se destacan se describen en la Tabla 10.1.

TABLA 10.1 ASOCIACIONES DE COLABORACIÓN Y ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA INICIATIVA DE SALUD MENTAL Y ADICCIÓN

SOCIO	ACTIVIDADES DE LOS SOCIOS
Ministerio de Salud y de Cuidados de larga duración de Ontario (MOHLTC por sus siglas en inglés)	RNAO ha proporcionado información y apoyo a la estrategia de 10 años sobre salud mental y adicción de Ontario, titulada *Open Minds, Healthy Minds* (Mentes abiertas, mentes sanas), a través de diversas consultas. RNAO apoyó iniciativas relacionadas, como la necesidad de enfermeras especializadas en salud mental y adicciones que trabajasen en las escuelas de Ontario; el fortalecimiento de una formación en toda la provincia a través de los cursos dirigidos por RNAO; la promoción de la creación de redes y la asociación de enfermeras con otros profesionales (como la escuela de salud mental que dirige el programa ASSIST y la integración con las enfermeras de salud pública); y también la participación activa en el Grupo de Referencia de Enfermeras de Salud Mental y Adicciones del Ministerio para promover la expansión y la sostenibilidad de la función de las enfermeras.
Grupo de trabajo provincial sobre opiáceos	RNAO es un miembro activo del Grupo de trabajo provincial sobre opiáceos de Ontario, un grupo de agencias e iniciativas financiadas por el Ministerio que trabajan para reducir la duplicación de servicios, aumentar el intercambio de conocimientos y racionalizar la colaboración en varias iniciativas. A través de este grupo de trabajo, RNAO se ha asociado con el Centro para la Adicción y la Salud Mental y la Asociación de Farmacias de Ontario para llevar a cabo seminarios e ¡n línea mensuales sobre temas emergentes en el área de la adicción, incluyendo la liberación de naloxona para su distribución masiva.
Coalición de Ontario para la Salud Mental Infantil y Juvenil	Esta coalición consiste en organizaciones de educación, servicios sociales, salud y justicia y trabaja diligentemente para abogar por mejores servicios de salud mental para niños y jóvenes. A través de su participación en el programa YMHAC y en esta coalición, la Iniciativa ha podido reunirse con varios ministerios para abogar por el fortalecimiento de los sistemas de atención a la salud mental y educación.
Grupos de interés de Enfermería especializada	RNAO aprovecha la experiencia y los conocimientos de su Grupo de Interés en Enfermería de Salud Mental y del Grupo de Interés en Enfermería Penitenciaria de Ontario para aprender sobre las brechas en los servicios y las oportunidades potenciales para informar sus esfuerzos de apoyo.
Centro Canadiense de Consumo de Sustancias y Adicciones	RNAO también se asocia con el Centro Canadiense de Consumo de Sustancias y Adicciones, una organización nacional que proporciona liderazgo en estos temas en Canadá. Este Centro y RNAO han colaborado en una serie de actividades para crear conciencia y lograr una comprensión más profunda de los asuntos relacionados con el uso de sustancias.

RESUMEN

Los principales impactos generales de la Iniciativa incluyen:

- La Salud Mental y la Adicción tienen una mayor prioridad en la Agenda de Salud de Ontario.
- Difusión de las Guías de Buenas Prácticas en educación secundaria con el Programa YMHAC.
- Difusión de las Guías de Buenas Prácticas en la educación superior con la colaboración a nivel nacional en relación con las competencias de acceso a la práctica de la salud mental y las adicciones y las herramientas relacionadas para el profesorado.
- Mayor atención a la salud mental de los jóvenes y a la adicción en la salud pública.
- Aumento de la capacidad de las enfermeras y otros profesionales de la salud en la atención y los servicios de Salud Mental y Adicción.
- Reducción del estigma relacionado con la salud y el bienestar en los sectores de la educación y la salud.

A través de este estudio de caso se han demostrado una serie de aspectos de la ampliación de la cobertura, la adaptación de las políticas y el profundo cambio de las normas y de la cultura:

- La Iniciativa permite la ampliación mediante la expansión de las Guías y su adopción en el área de la salud mental y las adicciones, influyendo en la práctica, la educación y las políticas y extendiéndose al sector de la educación, con la participación del personal no clínico.

- El enfoque del desarrollo de capacidades contribuye a la ampliación de la cobertura y la adaptación de las políticas, en particular para los profesionales de la salud en relación con los cambios en la práctica de la salud mental y de la adicción.
- El compromiso de los impulsores demuestra el uso de la difusión y de una estrategia de red de trabajo de buenas prácticas.
- La naturaleza del programa de impulsores y la red de trabajo dirigida a los jóvenes del sistema escolar influyó en los cambios de actitud sobre la salud mental.
- La participación de los grupos interesados como socios en todos los aspectos del programa ha permitido una difusión sostenida o cambio en las normas y en la cultura.

REFLEXIÓN

¿Qué impacto cree que tuvo el compromiso de los impulsores en la ampliación de este trabajo en la práctica clínica y en la formación universitaria del grado en Enfermería? ¿En qué podrían haber sido diferentes los resultados sin el desarrollo focalizado de la capacidad de los impulsores?

E S T U D I O D E C A S O

INICIATIVA DE INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL USO DEL TABACO

La Iniciativa de Intervenciones Relacionadas con el uso del Tabaco de RNAO es un buen ejemplo de cómo se puede lograr la ampliación de la cobertura y la adaptación de las políticas con la visión, el plan, los recursos y las estrategias adecuados. La visión de la Iniciativa de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco se conceptualizó en 2008 como una forma de ayudar a las personas de Ontario a detener el consumo de tabaco, aprovechando las Guías de RNAO y el liderazgo de las enfermeras de salud pública para apoyar a los pacientes en su camino para dejar de fumar. Esta visión dio forma a los objetivos de la Iniciativa, que incluyen:

- Apoyar el papel de las enfermeras que trabajan en una variedad de entornos sanitarios en todo Ontario para reducir la prevalencia del consumo de tabaco entre todas las personas de Ontario y aumentar el número de fumadores que dejan de fumar.
- Promover el papel de las enfermeras de salud pública como líderes en el área del control del tabaco y reducir el número de personas de Ontario que fuman utilizando las buenas prácticas de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco para aumentar la capacidad en esta área en enfermeras y otros trabajadores de la salud y estimular el cambio de políticas organizacionales.
- Construir, fortalecer y apoyar la capacidad de Enfermería en una variedad de sectores de la salud para utilizar las buenas prácticas de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco a través de la transferencia y el intercambio de conocimientos, el modelado de roles y la tutoría, con el apoyo de una Red de impulsores de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco.
- Maximizar los resultados de la iniciativa mediante el fortalecimiento y la creación de asociaciones y el trabajo en colaboración con enfermeras clave y otros grupos interesados, organizaciones, grupos e iniciativas que están centradas en el abandono del tabaco a nivel local, provincial y nacional.

Basándose en estos objetivos, desde 2008, RNAO se ha asociado con el Ministerio de Salud y de Cuidados de larga duración de Ontario y otros miembros de la organización de Ontario Tobacco Free colaboran con las Guías en todos los sectores de la salud. El papel de RNAO se centra en sus actividades específicas de implantación específica de las Guías de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco dirigidas a enfermeras (y otros servicios sanitarios profesionales y organizaciones) para difundir el impacto. La Iniciativa de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco de RNAO ha crecido exponencialmente en los pasados 10 años; sin embargo, en su esencia sigue siendo la base de las recomendaciones basadas en la evidencia de la Guía *Integrar el abandono de fumar en la práctica diaria enfermera* (RNAO, 2007) y más recientemente, la guía revisada *Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo del tabaco en la práctica diaria enfermera* (2017b). La iniciativa de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco utiliza un enfoque multidimensional para apoyar un proceso sistemático de metodología de implantación. Cada círculo representa un pilar principal, que proporciona dirección y orientación a las actividades de la Iniciativa (ver la Figura 10.2).

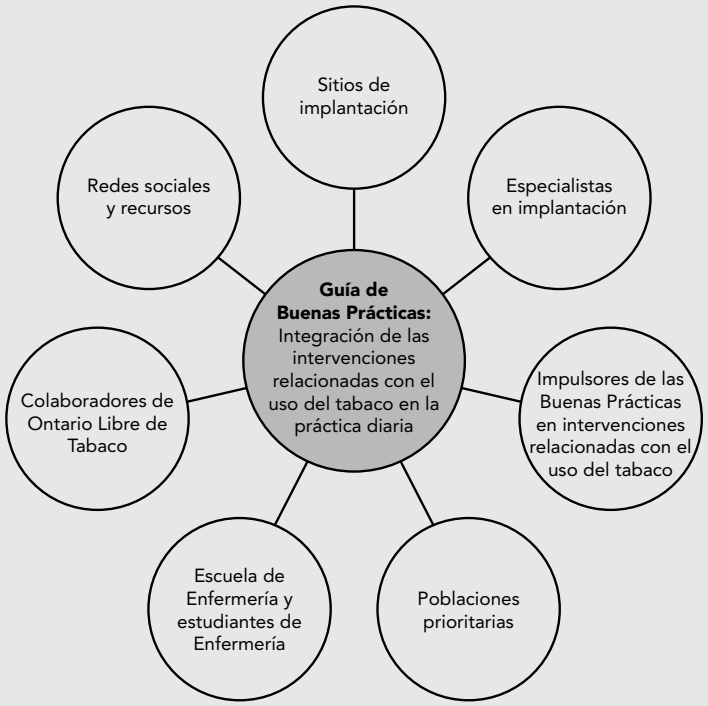


FIGURA 10.2 El enfoque múltiple de la Iniciativa de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco de RNAO.
Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

Para poner de relieve el enfoque de RNAO respecto de la difusión y ampliación de esta Iniciativa, se examinarán en detalle los siguientes pilares en la medida en que se relacionan con los elementos de la ampliación de cobertura y la adaptación de las políticas descritos anteriormente en este capítulo:

- **Sitios de implantación** (adaptación al contexto local y desarrollo de capacidades)
- **Escuelas de Enfermería y estudiantes de Enfermería** (creación de capacidad, participación de ejecutores y asociaciones)
- **Impulsores de buenas prácticas de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco y la Red de impulsores de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco** (implantadores de capacitación y compromiso)
- **Redes sociales y recursos** (acceso a recursos basados en la evidencia)
- **Evaluación** (metodología sistemática)
- **Asociaciones y colaboraciones** (asociaciones)

SITIOS DE IMPLANTACIÓN

Desde su creación, en 2008, con tres unidades de salud pública como centros de implantación, más de 45 organizaciones de atención de la salud se han asociado con RNAO para implantar la Guía sobre el abandono de fumar. Este enfoque ha proporcionado oportunidades para estas organizaciones (unidades de salud pública, de atención primaria, entornos de la comunidad, hospitales e instituciones académicas) para desarrollar la capacidad de implantación de guías y las intervenciones para dejar de fumar. El desarrollo de capacidades se logra a través del apoyo de un especialista en intervención contra el tabaco de RNAO y de un taller de Impulsores *in situ.* El personal del centro de implantación recibe el apoyo de un especialista de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco sobre la base de los resultados de una evaluación de las necesidades de la organización y puede incluir consultas sobre planificación, implantación, evaluación o sostenibilidad del cambio de prácticas. Los resultados de estas actividades incluyen: el abandono del hábito de fumar identificado como un programa prioritario, intervenciones específicas para el abandono del hábito de fumar adaptadas al nivel comunitario y el cambio de políticas organizacionales. La *Herramienta: Implantación de*

las Guías de Buenas Prácticas (RNAO, 2012b), como se describe en el Capítulo 4, proporciona el marco para estas consultas. El taller para impulsores se centra en las intervenciones basadas en la evidencia sobre el consumo de tabaco y en cómo acceder a numerosos recursos basados en la evidencia.

ESCUELAS DE ENFERMERÍA Y ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Reconociendo la importancia de la educación básica para que el personal de Enfermería mejore sus conocimientos y habilidades de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco dentro de la profesión de Enfermería, RNAO quiso difundir este concepto a las escuelas de Enfermería modificando el plan de estudios de educación de los estudiantes de Enfermería. La Guía de *Formación del profesorado de Enfermería: el consumo de tabaco y los riesgos asociados para la salud* de RNAO (RNAO, 2010b) se creó para desarrollar la capacidad del profesorado de Enfermería para integrar mejor la intervención contra el tabaco en el plan de estudios de Enfermería. Usando los principios de difusión efectiva, la guía se basó en el consejo de un comité asesor del profesorado y otros grupos interesados, la mejor evidencia en el diseño curricular y la Guía de Buenas Prácticas intervenciones relacionadas con el uso del tabaco de RNAO.

Para mejorar la adopción y el uso sostenido como parte del proceso de ampliación, se distribuyó la *Guía de Formación,* que consiste en herramientas y recursos prácticos para facilitar la adopción, en 157 escuelas de Enfermería de todo el país, dirigida a decanos, directores y líderes de facultades de Enfermería. Está disponible (en inglés y francés) para su descarga gratuita en el sitio web de TobaccoFreeRNAO (http://tobaccofreernao.ca/).en/NFEG).

Como parte de la estrategia de difusión, los representantes del profesorado actúan como impulsores, líderes o elementos facilitadores para integrar el recurso de la *Guía de Formación del profesorado de Enfermería* en su institución académica. Buscan, crean y coordinan oportunidades para promover la integración del abandono del tabaco en el plan de estudios; desarrollan y asesoran a otros para apoyar la transferencia de conocimientos de la *Guía de Formación* dentro del plan de estudios; crean redes y crean conciencia sobre los recursos de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco, incluyendo la Guía de RNAO y sirven como recurso para el profesorado de transferencia de conocimientos relacionado con las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco y como enlace con RNAO. RNAO también organizó reuniones de grupos de trabajo del profesorado de Enfermería centradas en los aspectos clínicos de las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco, la *Guía de Formación* y otros recursos, y a partir de ahí, con un amplio interés entre el profesorado de Enfermería de todo el país, se ha puesto en marcha un foro comunitario en línea para establecer contactos.

IMPULSORES DE BUENAS PRÁCTICAS DE INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL USO DEL TABACO

Desde 2008, la Iniciativa de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco ha ofrecido un total de 80 talleres para impulsores en todo Canadá a más de 5.500 enfermeras, otros proveedores de atención médica y estudiantes para desarrollar la capacidad de los profesionales individuales. Los talleres se basan en los principios de la pedagogía de la formación de adultos y abordan el conocimiento, las habilidades y las actitudes de los participantes en relación con su papel en las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco. Las metodologías de enseñanza incluyen sesiones de aplicación de conocimientos, juegos de roles, historias de pacientes y trabajo en red para fomentar la integración de las intervenciones para dejar de fumar en la práctica diaria en todos los sectores de la salud.

En general, los talleres de los impulsores de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco han tenido mucho éxito en el desarrollo de conocimientos basados en la evidencia y las mejores prácticas esenciales para que las enfermeras y otros profesionales de la salud puedan intervenir eficazmente con los fumadores. Cada taller forma a los impulsores de intervenciones sobre cómo implantar la Guía en sus entornos de práctica, incluyendo formación sobre estrategias de intervención breves, técnicas de entrevistas motivacionales y un estilo de orientación centrada en el paciente, enfocada y dirigida por objetivos. Los participantes también han adquirido conocimientos sobre cómo promover el uso de las buenas prácticas de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco entre sus colegas y cómo comprometerse con los actores clave dentro y fuera de su organización. La Red de impulsores de intervenciones ofrece oportunidades para compartir, colaborar, acceder a formación continua y establecer contactos para ayudar a las enfermeras y otros profesionales de la salud a mantener la integración de las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco en la práctica diaria.

REDES SOCIALES Y RECURSOS BASADOS EN LA WEB

Una estrategia integral de comunicación y un plan de divulgación mejoran la difusión de las actividades y los recursos que apoyan a los promotores de buenas prácticas de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco en las intervenciones y actividades de implantación. La presencia de la Iniciativa de intervenciones en las redes sociales y en la web es sobresaliente y consta de una serie de elementos que se describen a continuación:

- Los mensajes regulares de las redes sociales llaman la atención sobre los recursos en línea basados en la evidencia y los materiales impresos.

- El sitio web de TobaccoFreeRNAO sirve como un sitio central para todas las comunicaciones, eventos y herramientas de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco, con personas de más de 191 países que han accedido al sitio hasta la fecha. Toda la información impresa y de las redes sociales está marcada con el logotipo de TobaccoFreeRNAO como se muestra en la Figura 10.3.



FIGURA 10.3 Logotipo de TobaccoFreeRNAO. Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

- TobaccoFreeRNAO tiene una presencia constante en Twitter, con más de 650 seguidores actuales. Los módulos de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco de aprendizaje en línea son recursos populares y ampliamente utilizados por enfermeras, estudiantes de Enfermería y otros proveedores de atención médica. Más de 3.225 personas han completado los cinco módulos de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco de aprendizaje en línea para mejorar su capacidad en las intervenciones para dejar de fumar. Estos módulos tratan sobre cómo ayudar a dejar de fumar a los pacientes, a los profesionales de la salud que fuman, las enfermedades mentales, la adicción y las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco, las intervenciones para el uso comercial del tabaco en poblaciones indígenas, y las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco en mujeres antes y después del parto.

- Los seminarios en línea de intercambio de conocimientos sobre la integración de estrategias basadas en la evidencia para dejar de fumar en la práctica diaria son interactivos, se archivan después de la sesión y están disponibles a través de TobaccoFreeRNAO.ca.

- RNAO alberga una Comunidad de Práctica de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco virtual en su plataforma en línea, un sitio web profesional gratuito dedicado a la comunicación y al intercambio de recursos entre quienes implantan las buenas prácticas en todo el mundo (http://communities.rnao.ca/smoking-cessation/). La sección "Biblioteca de recursos" incluye una selección de herramientas que han demostrado ser eficaces en la implantación de intervenciones para el abandono del tabaco basadas en la evidencia (http://tobaccofreernao.ca/en/rnao-resources).

EVALUACIÓN

La evaluación es una parte importante y consistente de la iniciativa de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco y continúa siendo esencial para destacar el impacto de la Guía de Buenas Prácticas de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco de RNAO en la dirección de las actividades individuales y organizacionales basadas en la evidencia y que forman parte de la Iniciativa. A través de la evaluación, hemos aprendido el papel crítico que tienen las enfermeras como líderes en el control del tabaco y el impacto de los programas de Red de impulsores de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco al apoyar a las enfermeras para que participen en las buenas prácticas en sus lugares de trabajo. RNAO se ha asociado con la Ontario Tobacco Research Unit para planificar y llevar a cabo la evaluación integral que nos permite examinar el impacto de la Iniciativa y obtener una visión más profunda de sus éxitos, barreras, estrategias y aprendizajes críticos para mantener, difundir y expandir las buenas prácticas de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco en diversos entornos por todo el país.

ASOCIACIONES Y COLABORACIONES

RNAO ha formado asociaciones fuertes con programas financiados por Smoke-Free Ontario, otros proyectos para dejar de fumar e iniciativas relacionadas con enfermedades crónicas y poblaciones especiales. El objetivo de estas alianzas es asegurar la integración, movilización y buena utilización de los servicios y programas establecidos para el control del tabaco a fin de aumentar la conciencia, el alcance del apoyo y los servicios disponibles a través de la Iniciativa de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco. Estas asociaciones son mutuamente beneficiosas, ya que la promoción cruzada de los recursos de cada uno permite la difusión y aumenta el impacto.

DIFUSIÓN NACIONAL: INICIATIVA PANCANADIENSE DE INTERVENCIÓN DEL TABACO

El éxito de este proyecto a nivel provincial impulsó al gobierno federal de Canadá a proporcionar financiación a RNAO durante un periodo de tres años para replicar la Iniciativa de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco y ampliarla a nivel nacional en Canadá, centrándose en todas las jurisdicciones. Al igual que la Iniciativa con sede en Ontario, la Iniciativa Nacional se centró en la transferencia de conocimientos, en particular en relación con la Guía de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco de RNAO, en la movilización de redes y en un mayor uso de los servicios y programas existentes para desarrollar la capacidad de intervención en materia de tabaco entre las enfermeras y otros profesionales de la salud.

La Iniciativa Nacional de Intervención del Tabaco resultó ser un gran éxito, con más de nueve provincias y territorios

involucrados, 40 talleres facilitados en todo Canadá y más de 1.000 proveedores de atención médica capacitados como impulsores de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco. La Guía fue traducida para su uso en un centro de las Primeras Naciones que desencadenó una mayor expansión en las comunidades del norte de las Primeras Naciones. Las redes sociales y la presencia actual de RNAO en la web de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco, discutida anteriormente en este capítulo, ayuda a estos sitios para sostener su trabajo, y la Red de impulsores involucra a estos impulsores desde los centros nacionales.

RESUMEN

Los principales impactos de la Iniciativa de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco incluyen:

- Los programas de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco y de prevención del consumo de tabaco tienen un enfoque de mayor prioridad en la salud pública y comunitaria en todo Canadá.
- Los cambios de política en los centros de implantación de las unidades de salud pública refuerzan la programación de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco y la prevención del tabaquismo.
- La difusión de las buenas prácticas en la formación de Enfermería a través de la integración de las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco en los planes de estudios de Enfermería y la participación de profesores y estudiantes como impulsores.
- El incremento de la capacidad de las enfermeras y otros profesionales clínicos de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco en una variedad de poblaciones en todo Canadá, y la adopción de estrategias de intervención breves sobre el uso del tabaco en la práctica diaria de las enfermeras de todos los sectores.
- Accesibilidad a recursos basados en la evidencia para apoyar el abandono del hábito de fumar, las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco y las estrategias de prevención para los profesionales de la salud, los estudiantes y el público en general.
- Redes para impulsores y otros profesionales involucrados en las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco en su práctica diaria.
- Reconocimiento nacional de la Iniciativa de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco para su implantación en todo Canadá.

Una serie de aspectos de la ampliación, la adaptación y el cambio se han mostrado a través de este estudio de caso:

- La Iniciativa permite ampliar la cobertura mediante la extensión de la Guía de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco y los recursos relacionados a todos los sectores de la salud y la formación superior en Enfermería.
- El trabajo enfocado en los sitios de implantación ha dado como resultado la ampliación de la cobertura y la adaptación a medida que las políticas y la planificación organizacional incorporan intervenciones relacionadas con el uso del tabaco, incluyendo la prevención.
- El enfoque en el desarrollo de la capacidad de los profesionales de la salud contribuye a la ampliación de la cobertura y a los cambios en las normas en relación con la incorporación de las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco en su práctica diaria.
- El compromiso de los impulsores demuestra el uso de una variedad de estrategias de implantación (incluyendo la difusión, el trabajo en red y la formación de formadores) en la difusión de las buenas prácticas de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco.
- La naturaleza del plan de estudios del programa de impulsores se centra el cambio de normas e influye en los cambios de actitud de las enfermeras y otros profesionales clínicos sobre su papel en las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco, su competencia y las formas efectivas de integrar estas prácticas en su flujo de trabajo diario.
- La participación de los grupos interesados como socios en todos los aspectos del programa ha permitido una difusión sostenida o un cambio de las normas y la cultura.
- La inclusión consistente de una evaluación integral ha permitido a la Iniciativa de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco aprovechar las lecciones aprendidas, lo que ha influido en el éxito de la ampliación.
- La ampliación de la cobertura se puso de manifiesto en la campaña nacional y los componentes del programa influyeron tanto en la adaptación de las políticas como en los cambios en las normas a nivel nacional.

REFLEXIÓN

¿Cuáles son las diferencias en el enfoque para la integración de contenidos basados en la evidencia en el plan de estudios de Enfermería en el estudio de caso 1 y el estudio de caso 2? ¿Qué elementos de estos enfoques predice usted que tendrán el mayor impacto a largo plazo en la expansión?

E S T U D I O D E C A S O

PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y DE LESIONES DERIVADAS DE LAS CAÍDAS EN LAS PERSONAS MAYORES

En 2002, RNAO publicó la primera edición de una Guía de Buenas Prácticas: *Prevención de caídas y de lesiones derivadas de las caídas en las personas mayores* (en adelante, "Guía sobre Caídas"). En ese momento, las caídas se identificaron como un foco importante para las organizaciones de atención médica, dado que cada año se caían alrededor del 50% de los residentes que recibían cuidados a largo plazo; el 7% de las fracturas de cadera relacionadas con las caídas eran mortales y las caídas contribuían al dolor, al sufrimiento y a una carga económica importante para el sistema de atención médica (RNAO, 2002).

En 2007, Safer Healthcare Now! (SHN!), un programa emblemático del Canadian Patient Safety Institute (en adelante, CPSI), identificó las caídas como un problema crítico de seguridad del paciente y la prevención de caídas como una prioridad nacional de seguridad del paciente (MacLaurin & McConnell, 2011). El mandato de SHN! es reducir los eventos adversos prevenibles en los entornos de atención médica en Canadá mediante la implantación de intervenciones basadas en la evidencia. Dado el liderazgo de RNAO en el tema de la prevención de caídas, su Guía sobre caídas basada en la evidencia y su experiencia en la transferencia del conocimiento y la ciencia de la implantación, el CPSI se acercó a RNAO para que fuera líder de intervención nacional de prevención de caídas del SHN!

En 2008, se creó una asociación formal entre SHN! (CPSI) y RNAO y las dos organizaciones se embarcaron en una colaboración que tendría impacto en la seguridad del paciente y las prácticas de salud para la próxima década. Este trabajo implicó un enfoque sistemático para implantar el cambio de prácticas a través de la ciencia de la mejora de la calidad, el acceso a recursos basados en la evidencia, el desarrollo de la capacidad a nivel individual y organizacional y la colaboración con los socios nacionales.

COLABORACIÓN NACIONAL EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA ATENCIÓN A LARGO PLAZO (2008-2009)

La Colaboración Nacional en la Prevención de Caídas en los Cuidados a Largo Plazo (National Collaborative on Falls Prevention in Long-Term Care, en adelante la Colaboración) fue la iniciativa inaugural emprendida por la asociación entre el SHN! y RNAO. La Colaboración se llevó a cabo de mayo de 2008 a mayo de 2009 y contó con la participación de equipos de cinco a siete miembros del personal interdisciplinario que representaban a 32 residencias de cuidados de larga duración de todo Canadá.

El objetivo general de la Colaboración era reducir las caídas y lesiones causadas por caídas en las residencias de cuidados de larga duración en todo Canadá en un 40% durante un periodo de un año y los objetivos eran proporcionar:

- Una experiencia de aprendizaje dinámica e interactiva que incorporase teoría, técnicas y herramientas sobre la mejora de la calidad y la prevención de caídas para ayudar a los equipos de mejora a alcanzar sus objetivos de prevención de caídas y lesiones.
- Un foro para que los equipos de mejora aprendiesen del profesorado e intercambiasen diversos enfoques para la mejora de la calidad que pudiesen probar a nivel local.
- Una oportunidad para que los equipos de mejora de los cuidados a largo plazo participasen y aprendiesen acerca de la metodología Breakthrough Series Collaborative (Serie de Avances de la Colaboración) para que la pudiesen utilizar para otras iniciativas de mejora de la calidad.

METODOLOGÍA DE APLICACIÓN SISTEMÁTICA

El plan de estudios de la Colaboración se basó en la segunda edición de la Guía de RNAO de *Prevención de caídas y de lesiones derivadas de las caídas en las personas mayores* (2005b) y por modelos teóricos de cambio basados en los progresos de la literatura de calidad. Un modelo conceptual, el Modelo de intervención de caídas, se desarrolló para representar visualmente conceptos clave basados en la evidencia de la guía de RNAO (ver la Figura 10.4). También se desarrolló un *Paquete de cambio* para poner en práctica las buenas prácticas para la Colaboración y guiar el trabajo de los equipos (RNAO & SHN!, 2008). Se destacó cuatro conceptos clave de cambio: 1) diseño de sistemas para evitar errores; 2) mejorar el flujo de trabajo; 3) gestionar la variación; y 4) cambiar el entorno.

Para estructurar cada sesión de aprendizaje se utilizó la metodología de Serie de Avances de la Colaboración (ver la Figura 10.4), un enfoque bien establecido dentro del mundo de la mejora de la calidad (Institute for Healthcare Improvement [IHI], 2003).

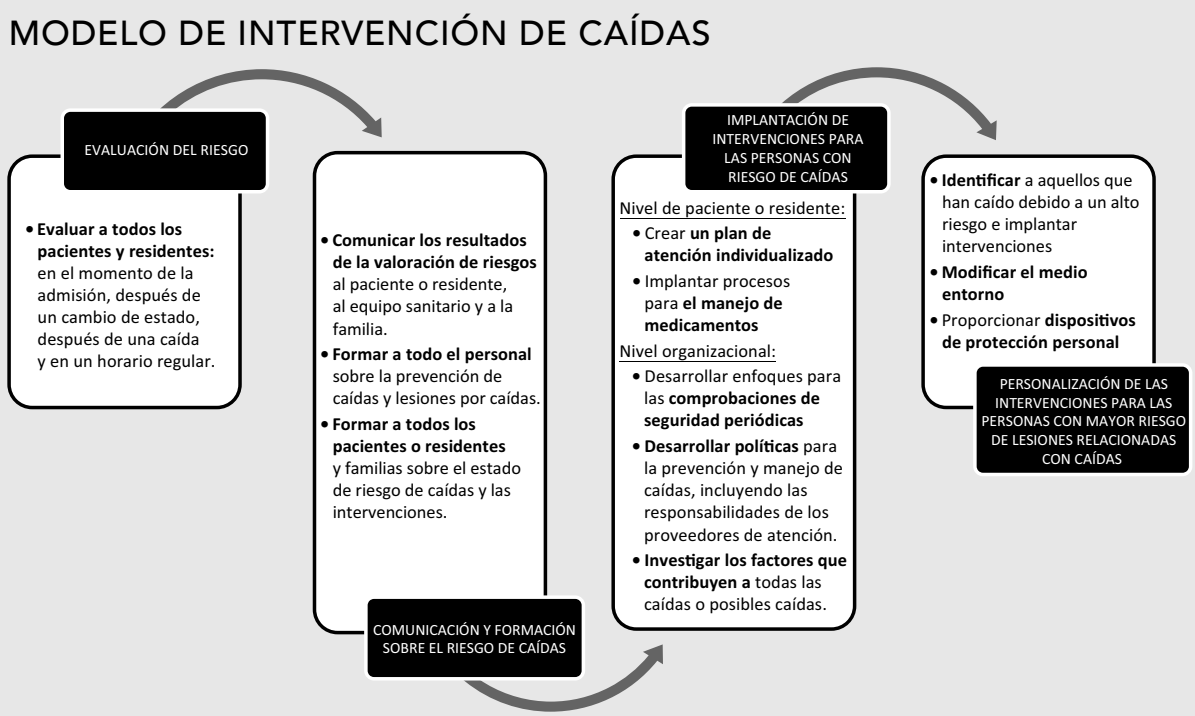


FIGURA 10.4 Modelo de intervención de caídas. Reimpreso de *Journal of Safety Research, 42*(6), MacLaurin, A., & McConnell, H., utilizando métodos de mejora de la calidad para prevenir caídas y lesiones por caídas: mejorando la seguridad de los residentes en los cuidados a largo plazo, p. 11. Copyright 2011, con permiso de Elsevier.

ELEMENTOS DE LA COLABORACIÓN

La Colaboración incluyó a profesorado experto interprofesional y a equipos de atención de larga duración de todo Canadá para participar en la Colaboración, que incluyó tres sesiones de aprendizaje presencial y una sesión de clausura en centros de todo el país. De acuerdo con el modelo de colaboración, entre cada sesión de aprendizaje había un "periodo de acción", en el que los equipos realizaron pequeñas pruebas de cambio u tilizando ciclos de Planificar, Hacer, Estudiar y Actuar (PDSA, por sus siglas en inglés) basados en el modelo de mejora (Langley et al., 2009), recibieron un gran apoyo y retroalimentación de los asesores de mejora de la calidad y miembros del profesorado sobre caídas y se les animó a trabajar en red con otros equipos de la Colaboración. Se utilizaron teleconferencias mensuales y una Comunidad de Práctica en línea para compartir ideas y recursos con el fin de involucrar a los equipos y desarrollar capacidades en las estrategias de prevención de caídas.

En aras de la mejora de la calidad, los equipos recopilaron datos sobre indicadores clave del proceso, por ejemplo: el porcentaje de residentes con valoraciones completas de riesgo de caídas, el porcentaje de las valoraciones de riesgo después de un cambio de estado, el porcentaje de residentes en riesgo con planes de intervención, los indicadores de resultados de caídas por cada 1.000 días de residencia y el porcentaje de caídas dañinas. Además, se recogieron datos en una medida de equilibrio y porcentaje de uso de contenciones para asegurar que las intervenciones de caídas no contribuyeran a problemas en otras áreas. Las múltiples estructuras y procesos de la Colaboración Nacional de Cuidados a Largo Plazo se ilustran en la Figura 10.5.

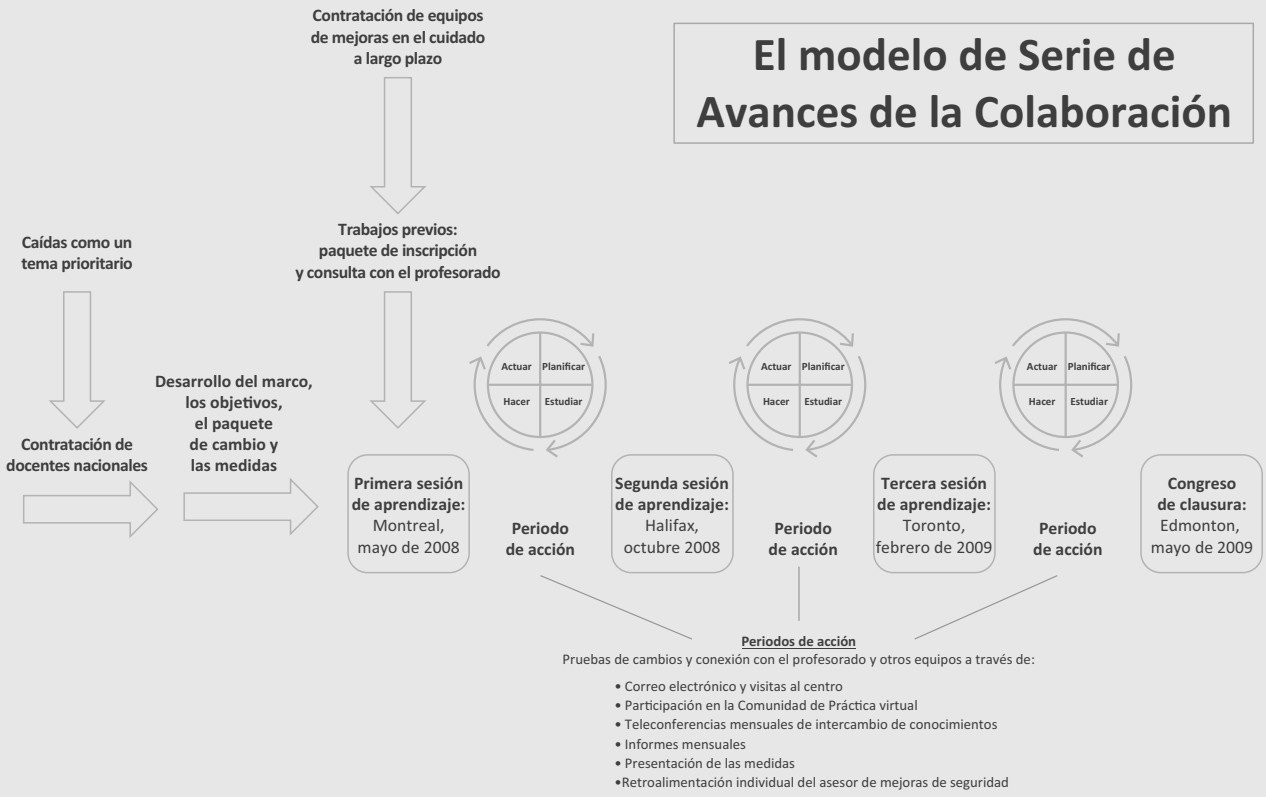


FIGURA 10.5 El modelo colaborativo de la Serie de Avances utilizado por la Colaboración Nacional para la Prevención de Caídas en los Cuidados a Largo Plazo (2008-2009). Reimpreso con permiso del Canadian Patient Safety Institute.

RESULTADOS DE LA COLABORACIÓN

En general, el programa de la Colaboración ha tenido un gran éxito. Los equipos estaban totalmente comprometidos y se encontraron con que el proceso de aprender los unos de los otros y compartir los éxitos era una manera efectiva de apoyar el cambio de prácticas dentro de sus residencias de cuidados de larga duración. Según los resultados de la evaluación, se observaron las mayores mejoras en las tres medidas de proceso, indicando que los cambios en las prácticas se estaban integrando con los procesos de trabajo en los centros participantes. Además, hubo una notable disminución en el uso de contenciones en los centros que presentaron estos datos. Las medidas de resultados fueron prometedoras, ya que el 16% de las residencias de cuidados de larga duración lograron o superaron la meta de una reducción del 40% en un periodo de un año. En el caso de otros centros, las tendencias fueron positivas; sin embargo, se determinó que se necesitaría más tiempo para ampliar y profundizar, incorporar y mantener los cambios en la práctica antes de que se lograsen estas mediciones de los resultados. Se ofreció más apoyo a las residencias de cuidados de larga duración a través de una iniciativa posterior dirigida por RNAO mediante su asociación con SHN!, el Aprendizaje Virtual de la Colaboración.

COLABORACIÓN EN EL APRENDIZAJE VIRTUAL (2010-2011)

La Colaboración Nacional de Aprendizaje Virtual (Colaboración Virtual) se basa en la experiencia de la Colaboración, pero utiliza exclusivamente tecnología basada en la web para ofrecer un enfoque flexible y práctico del aprendizaje, el intercambio y la creación de redes. La iniciativa se llevó a cabo durante un periodo de 8 meses e incluyó muchos de los mismos elementos de la Colaboración. Se utilizaron tecnologías virtuales para lograr el compromiso activo de los participantes durante las reuniones y entre ellas (por ejemplo, seminarios en línea para sesiones de aprendizaje, que incluyen chats durante la sesión, sesiones de preguntas y respuestas, reuniones virtuales y una Comunidad de Práctica en línea).

Para orientar el trabajo de los equipos de mejora de la calidad, RNAO colaboró con SHN! en el desarrollo de otro recurso basado en la evidencia titulado *Reducción de caídas y de lesiones por caídas: Kit de Inicio* (de aquí en adelante el Kit de Caídas), que se ocupaba de iniciativas de prevención de caídas interdisciplinarias en atención domiciliaria, cuidados intensivos y cuidados a largo plazo (SHN! & RNAO, 2010). Este recurso fácil de usar se basó en las recomendaciones de la guía de RNAO *Prevención de caídas y de lesiones derivadas de las caídas en las personas*

mayores (RNAO, 2005b), la metodología de mejora de la calidad y las contribuciones del profesorado experto.

En la Figura 10.6 se ofrece una visión general de la estructura de la Colaboración Virtual, utilizando la misma metodología de la Serie de Avances de la Colaboración aplicada en la Colaboración.

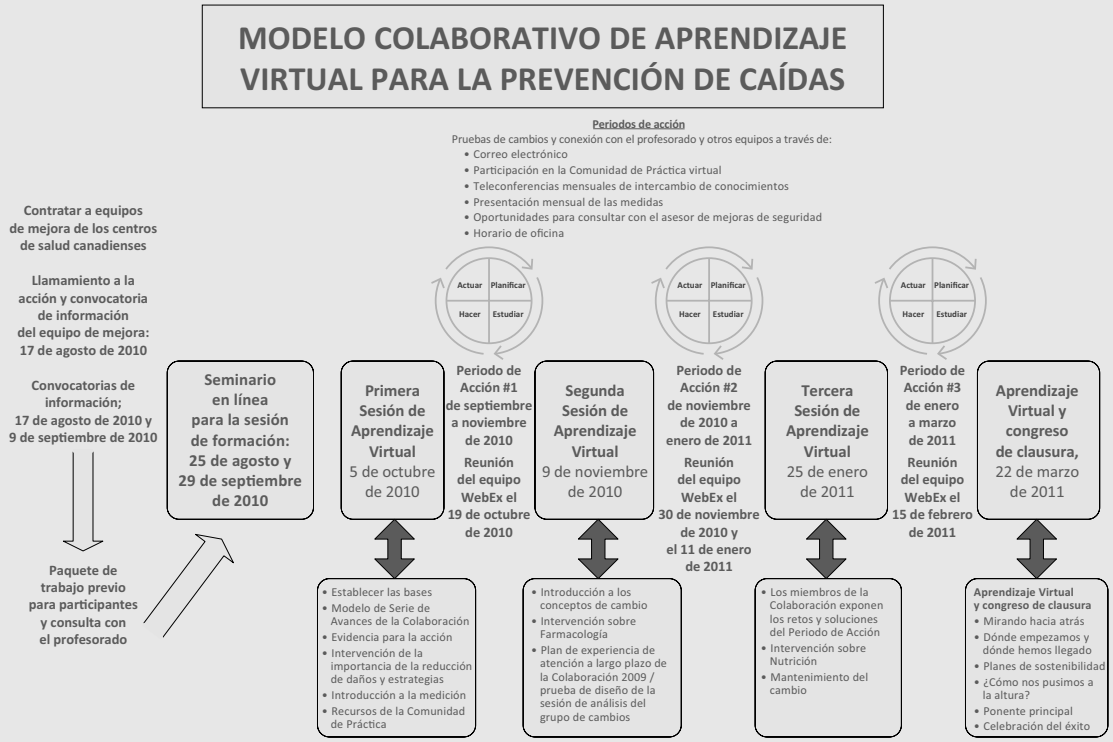


FIGURA 10.6 Modelo Colaborativo de Aprendizaje Virtual para la prevención de caídas. Reimpreso de *Journal of Safety Research, 42*(6), MacLaurin, A., & McConnell, H., Utilizando métodos de mejora de la calidad para prevenir caídas y lesiones por caídas: Mejorar la seguridad de los residentes en los cuidados a largo plazo, p. 11. Copyright 2011, con permiso de Elsevier.

RESULTADOS DE LA COLABORACIÓN VIRTUAL

La respuesta a la Colaboración Virtual superó las expectativas. Más de 47 organizaciones, representando a 74 equipos de mejora, que participaron desde una variedad de sectores, incluyendo los cuidados a largo plazo, la atención domiciliaria, los cuidados intensivos, la rehabilitación y la salud mental, con la mayoría de las provincias y territorios canadienses representados. Los resultados fueron similares a los de la Colaboración inicial de Atención a Largo Plazo, en relación con el cambio de práctica basado en la mejor evidencia; sin embargo, en este caso, el 26,8% de los equipos participantes alcanzaron el objetivo de una mejora del 40% en la reducción de las caídas que causan lesiones (MacLaurin y McConnell, 2011).

La iniciativa de la Colaboración Virtual demostró que era un instrumento eficaz para ampliar la cobertura y adaptar las políticas, resultando en un cambio importante en la práctica de la prevención de caídas en todos los sectores, y permitió un mayor acceso a los servicios de expertos y de los pares. Con la opinión de que un mayor énfasis sobre el cambio sostenido de las prácticas mostraría un mayor impacto en los resultados de los residentes y los pacientes, los socios colaboraron sobre una tercera iniciativa centrada en la sostenibilidad: la Serie de Aprendizaje Facilitado por las Caídas.

LA SERIE DE APRENDIZAJE FACILITADO POR LAS CAÍDAS (2011-2012)

La Serie de Aprendizaje Facilitado por las Caídas (Serie de Aprendizaje) se enfocó en la sostenibilidad de las intervenciones de prevención de caídas dentro de la práctica. El propósito de la Serie de Aprendizaje fue ayudar a los equipos dentro de las organizaciones de atención médica a evaluar sus programas existentes de prevención de caídas para la sostenibilidad y para fortalecer la adopción, difusión e integración

de las buenas prácticas basadas en la evidencia en toda la organización. Los equipos participantes presentaron datos de referencia y de seguimiento sobre los principales indicadores de proceso y de resultados utilizados en otras iniciativas, con el objetivo de demostrar una mejora del 20% en estas medidas y mantener los beneficios durante 3 meses consecutivos. La Serie de Aprendizaje se basó en la evidencia de la Guía sobre Caídas de RNAO y en la teoría de mejora de la calidad, así como en los recursos desarrollados para las iniciativas anteriores, entre los que se incluyen los siguientes: el *Paquete de Cambio y el Kit de Caídas*, que fueron utilizados junto con un nuevo recurso desarrollado por RNAO, el *Cuaderno de Trabajo de Sostenibilidad* (SHN! & RNAO, 2011).

El *Cuaderno de Trabajo de Sostenibilidad* se basó en la ciencia de la implantación, la teoría de la sostenibilidad, la teoría del cambio y la metodología de mejora de la calidad. Proporcionó a los equipos actividades estructuradas antes de las sesiones de aprendizaje y preguntas enfocadas durante los "periodos de acción" para ayudarles a aplicar la evidencia dentro de su práctica. En la Figura 10.7 se muestra una visión general de la estructura de la Serie de Aprendizaje.

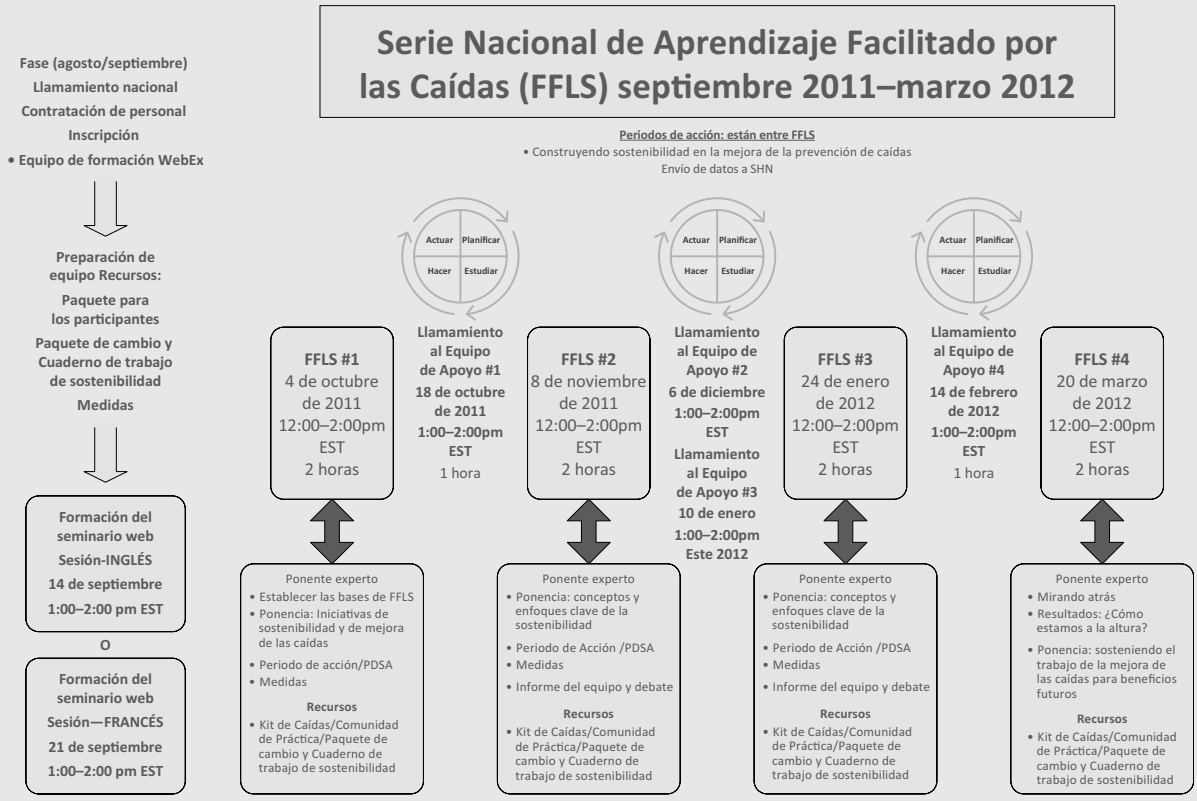


FIGURA 10.7 Serie Nacional de Aprendizaje Facilitado por las Caídas.
Reimpreso con permiso del Canadian Patient Safety Institute.

RESULTADOS DE LA SERIE DE APRENDIZAJE

La participación en esta iniciativa superó nuevamente las expectativas de SHN! y RNAO, con 41 equipos participando en la Serie de Aprendizaje, representando a provincias y territorios de todo Canadá e incluyendo centros de cuidados intensivos, atención domiciliaria, atención a largo plazo y de salud mental. De acuerdo con los datos presentados por los equipos participantes, se observaron mejoras en los tres sectores de la atención sanitaria, con mejoras en el porcentaje de pacientes con evaluaciones o diagnósticos completados en el momento del ingreso, y en el porcentaje de pacientes con un plan documentado para reducir el riesgo de caídas. Además, el 25% de la atención domiciliaria, el 55% de los cuidados a largo plazo y el 69% de los entornos de cuidados intensivos también notaron reducciones en las caídas que causan lesiones.

MANTENER EL IMPULSO Y AMPLIAR EL ALCANCE

Tras el éxito de estas iniciativas de difusión, expansión y adaptación, que pasaron de ser presenciales a ser totalmente virtuales, de centrarse en los cuidados a largo plazo a la inclusión de todos los sectores y que dieron como resultado el desarrollo de tres recursos basados en la evidencia basados en la Guía sobre Caídas de RNAO, RNAO ha continuado su asociación con el CPSI como líder nacional de intervención para la prevención de caídas. El papel del Líder de Intervención implica la creación de capacidades y el apoyo a la adopción de las buenas prácticas de prevención de caídas mediante el intercambio de conocimientos y experiencia en la ciencia de la implantación y en la prevención de caídas, la creación y actualización de recursos basados en la evidencia y la ampliación de la red de organizaciones dedicadas a la labor de prevención de caídas. En la Tabla 10.2 se presenta un resumen de estas actividades hasta la fecha.

TABLA 10.2 PRINCIPALES ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS (2013–PRESENTE)

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
2013 Publicación de la 2ª edición del Kit de Caídas	El Kit de Caídas se revisó con la colaboración de docentes expertos interprofesionales pancanadienses. Se publicó en inglés y francés y se difundió a través de un seminario web nacional y de amplias redes nacionales a través de RNAO y el CPSI.
2013–2016 Llamamientos Nacionales	Los seminarios web de intercambio de conocimientos de una hora facilitados por miembros del profesorado de Caídas se ofrecen de dos a tres veces al año. Una serie de temas atraen a una audiencia nacional e incluyen el uso de la "desviación positiva" y la "propiedad de primera línea" para apoyar la innovación en la prevención de caídas, las lecciones aprendidas de los vídeos que capturan los eventos de caídas y la investigación emergente sobre el calzado apropiado para usar en condiciones invernales.
2013–2014 Desarrollo de una herramienta de auditoría de caídas	Durante 14 meses, RNAO colaboró con el CPSI y los Servicios de Salud de Alberta para desarrollar, probar e implantar la herramienta de auditoría de caídas, basándose en las buenas prácticas descritas en el informe del Kit de Caídas. El objetivo de la herramienta era ayudar a las organizaciones a evaluar la calidad de sus prácticas de prevención de caídas y de reducción de lesiones y determinar las esferas en que era necesario mejorar la calidad.
2015 Mes de la Conferencia Nacional	Se llevaron a cabo varias sesiones de orientación virtual para los equipos de mejora de la calidad en todo Canadá en atención domiciliaria, cuidados intensivos y atención a largo plazo para explicar la herramienta de auditoría de caídas y prepararse para el mes de la Conferencia Nacional en abril de 2015. El evento incluyó 162 centros participantes que representaban a 3.499 registros. Los resultados agregados proporcionan una instantánea de los procesos de prevención de caídas en todo Canadá y se difundieron a través de un seminario web nacional a los equipos participantes. Las organizaciones están usando las lecciones aprendidas de los datos de la Conferencia para maximizar los puntos fuertes y abordar las áreas de mejora de la calidad, y se les anima a seguir auditando las caídas.
2015–2016 Prevención de caídas en la seguridad de la atención domiciliaria Colaboración de Mejora Virtual	RNAO aportó su experiencia relacionada con las buenas prácticas de prevención de caídas a la Colaboración de Mejora Virtual desarrollada para el sector de la atención domiciliaria. Esta iniciativa fue coliderada por CPSI, la Canadian Home Care Association y la Canadian Foundation for Healthcare Improvement y contó con la participación de equipos de cinco organizaciones de atención domiciliaria de todo el país.
2015- Presente Mes de la Prevención de Caídas	RNAO y CPSI han colaborado con más de 10 organizaciones asociadas en todo Canadá para desarrollar, difundir y evaluar herramientas en línea y otros recursos para apoyar las actividades pancanadienses en reconocimiento del Mes de la Prevención de Caídas, que se celebra anualmente en noviembre.

continúa

TABLA 10.2 PRINCIPALES ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS (2013–PRESENTE) (CONTINUACIÓN)

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
2017 Publicación de la 3ª edición Guía sobre Caídas de RNAO	El alcance de esta Guía de Buenas Prácticas basada en la evidencia se ha ampliado para apoyar la prevención de caídas en todo el espectro de la atención y entre todos los adultos (mayores de 18 años) que corren el riesgo de sufrir caídas.
2017 *Kit de Inicio de Caídas*, 3ª edición	Esta edición del Kit de Caídas refleja los mismos resúmenes de evidencia en los que se basó la 3ª edición de la Guía sobre Caídas de RNAO. Las revisiones se han centrado en la actualización de la evidencia y este trabajo se ha realizado en colaboración con docentes nacionales e interprofesionales expertos en caídas.

Los impactos clave de la Iniciativa de Prevención de Caídas incluyen:

- Amplia difusión de la Guía sobre Caídas mediante el uso de un enfoque de mejora de la calidad y la extensión a una metodología virtual.
- Una buena asociación entre RNAO y el CPSI que utilizó la retroalimentación de la evaluación y la tecnología en evolución para adaptar y dar forma a la Iniciativa de Prevención de Caídas con el fin de promover el proceso y los resultados de la difusión y el impacto.
- Uso sostenido de la Guía sobre Caídas en todo el país, con resultados positivos ampliados por herramientas como la Guía sobre Caídas de RNAO, el plan de estudios colaborativo, el *Paquete de Cambio, el Kit Inicial y el Cuaderno de Trabajo de Sostenibilidad.*
- Aumento de la formación de enfermeras y otro personal médico en la prevención de caídas, mejora de la calidad, evaluación de resultados y sostenibilidad.
- Accesibilidad a recursos basados en la evidencia, incluyendo docentes y compañeros expertos, para apoyar las actividades de prevención de caídas.
- Cambios importantes en la práctica en todos los sectores de Canadá con mejoras en los resultados de caídas y lesiones por caídas.

A través de este estudio de caso se han demostrado una serie de aspectos de la expansión, la adaptación y el cambio:

- Ampliación masiva mediante la extensión de la Colaboración de Caídas a todo el país y la maximización de la participación a través de la tecnología.
- Adaptación y cambio facilitados por el acceso a docentes expertos, participantes de la misma edad y al uso de los modelos colaborativos y de mejora de la calidad.
- Las estrategias de trabajo incluyen la creación de redes, la integración de iniciativas de mejora de la calidad y la adaptación local a diversos sectores.
- El trabajo virtual enfocado en los centros de implantación ha dado como resultado la ampliación y la adaptación a medida que la política y la planificación de la organización incorporan la prevención de caídas.
- El enfoque de creación de capacidades para el personal médico de varios sectores a través de las sesiones presenciales y virtuales, junto con los recursos clave basados en la evidencia, contribuyen a la ampliación y al cambio de los servicios de salud en relación con la integración de las estrategias de prevención de caídas en la práctica diaria.
- La atención a la evaluación como parte de la mejora de la calidad ha permitido a los centros participantes aprovechar las lecciones aprendidas y a influir en el cambio.

REFLEXIÓN

Pensando en los tres estudios de caso, ¿cuál es la contribución de las asociaciones comprometidas al progreso de las prácticas basadas en la evidencia en sus esfuerzos de expansión?

CONCLUSIÓN

Los tres estudios de caso de este capítulo muestran el gran éxito que RNAO está logrando, en primer lugar, en el diseño y la ejecución de intervenciones de implantación de Guías específicas para cada contexto, a fin de cumplir con las cualidades de una escala efectiva y, en segundo lugar, en el tratamiento de toda la tipología del escalamiento: expansión, adaptación y cambio.

En el primer estudio de caso, el uso de un modelo conceptual que incorpora todos los aspectos del marco de Yamey (2011) sienta las bases para un ampliación sorprendente en los sectores de salud y formación a nivel práctico, político y cultural. El marco guía la metodología de implantación sistemática, utilizada en la Iniciativa de Salud mental y Adicción. Aquí vemos cómo los elementos del marco, incluyendo el acceso a recursos basados en la evidencia, las oportunidades de desarrollo de capacidades, la participación de los impulsores y las asociaciones de colaboración, resultan en la expansión, adaptación y cambio de las Guías de RNAO basadas en la evidencia. Estas Guías se centraban en la salud mental y la adicción, la prestación de servicios de salud, las políticas de la organización, la educación secundaria y superior y el sistema de servicios sociales. El estudio de caso demuestra que el debate sobre el impacto en los valores y la cultura del sistema escolar, en particular en lo que respecta al estigma y la salud mental entre los jóvenes, se ha desarrollado a gran escala.

El segundo estudio de caso demuestra el uso de una estrategia múltiple que se basa en una metodología de implantación sistemática y aprovecha las asociaciones mutuamente beneficiosas. Esto facilita la expansión, adaptación y cambio de las Guías con recomendaciones para dejar de fumar para tener un impacto en los grupos meta locales y nacionales. Los recursos basados en la evidencia, las oportunidades de desarrollo de la capacidad (autodirigidas y respaldadas por los elementos facilitadores) y la participación de los impulsores en una variedad de funciones y sectores ayudan en las actividades de ampliación y difusión de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco. Aquí se aprecia cómo se fomenta el cambio en el plan de estudios de los impulsores y los apoyos proporcionados a los centros de implantación y a la Red de impulsores. La expansión y la adaptación son particularmente evidentes en la integración deliberada de las intervenciones para el abandono del tabaquismo y del hábito de fumar en los planes de estudio de los programas de Enfermería y en los impactos en las políticas organizacionales relacionadas con las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco en todos los sectores.

El tercer estudio de caso muestra cómo el compromiso de 15 años de RNAO de apoyar a los proveedores de atención sanitaria, equipos y organizaciones en la implantación de las buenas prácticas para prevenir caídas y lesiones por caídas se ha extendido por todo el país, involucrando a las organizaciones en todo el espectro de la atención. Es un ejemplo sobresaliente de éxito en la expansión, la adaptación y el cambio. La asociación entre RNAO y CPSI, junto con el profesorado experto y en algunos casos con otras organizaciones interesadas, dio lugar a iniciativas dinámicas que involucran a los equipos de mejora de la calidad y proporcionan oportunidades para el desarrollo de la capacidad. La mejor evidencia, el uso de la ciencia de la implantación, las metodologías de mejora de la calidad y las asociaciones comprometidas fueron claves para la expansión de las iniciativas de prevención de caídas. Con la atención puesta en el sostenimiento y, en particular, en la auditoría y la retroalimentación continuas, también hay fuertes evidencias de cambio.

Estos diferentes casos demuestran la tipología de ampliación en tres áreas de la salud y el cuidado de la salud que plantean desafíos para los profesionales, los responsables políticos, los administradores, los educadores y el público por igual: la salud mental y la adicción, el tabaquismo y el abandono del tabaco y la prevención de caídas. Como se ilustra en estos ejemplos, RNAO ha aprovechado sus Guías basadas en la evidencia y otros recursos, así como una metodología de implantación sistemática y enfoques de prestación de servicios específicos para cada contexto, a fin de lograr una ampliación eficaz.

La expansión efectiva ha significado una amplia exposición en la atención sanitaria y más allá; ha tenido un impacto en las políticas y las prioridades de la organización; y el cambio efectivo ha ayudado a crear culturas que sostienen y difunden prácticas basadas en la evidencia en cada área. A través de su Programa de Guías, durante casi dos décadas, RNAO se ha comprometido a cerrar la brecha entre la teoría y la práctica de una manera que creará un cambio duradero con efectos dominó para los proveedores de atención sanitaria, los pacientes, las organizaciones y el sistema. Estos casos demuestran lo bien que se está realizando esta tarea.

MENSAJES CLAVE

- El éxito de las iniciativas de expansión, adaptación y cambio de la implantación requiere que se preste atención a la evidencia, el proceso y el desarrollo de la capacidad individual y organizativa.
- Los impulsores a todos los niveles son clave para la implantación de cambios en la práctica y la ampliación de enfoques probados.
- Las metodologías de implantación sistemática proporcionan orientación y dirección a los equipos de proyecto que trabajan para ampliar, adaptar y realizar un cambio de normas en la implantación.
- Los grupos comprometidos, con objetivos mutuos para mejorar la práctica, pueden apoyar la adopción y ampliación de prácticas basadas en la evidencia en organizaciones académicas y de servicios.

REFERENCIAS

Bell Canada. (2017). *Bell Let's Talk toolkit*. Retrieved from http://letstalk.bell.ca/en/toolkit

Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). (2015). *Entry-to-practice mental health competencies for undergraduate nursing education in Canada.* Retrieved from http://www.casn.ca/2015/11/entry-to-practice-mental-health-and-addiction-competencies-for-undergraduate-nursing-education-in-canada/

Edwards, N. (2010). Scaling-up health innovations and interventions in public health: A brief review of the current state-of-the-science. A commissioned paper for the inaugural *Conference to Advance the State of the Science and Practice on Scale-up and Spread of Effective Health Programs*, Washington, DC, July 6–8.

Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2003). *The breakthrough series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement.* IHI Innovation Series white paper. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement.

Langley, G., Moen, R., Nolan, K., Nolan, T., Norman, C., & Provost, L. (2009). *The improvement guide. A practical approach to enhancing organizational performance* (2nd ed.). San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc.

MacLaurin, A., & McConnell, H. (2011). Utilizing quality improvement methods to prevent falls and injury from falls: Enhancing resident safety in long-term care. *Journal of Safety Research*, *42*(6), 525–535.

Mangham, L. J., & Hanson, K. (2010). Scaling up in international health: What are the key issues? *Health Policy and Planning*, *25*(2), 85–96.

Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). (2007). *Report of the Methadone Maintenance Treatment Practices Task Force*. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/methadone_taskforce/methadone_taskforce.pdf

Moore, M., & Riddell, D. (2015). Scaling out, scaling up, scaling deep: Advancing systemic social innovation and the learning processes to support it. *Journal of Corporate Citizenship*, 58, 67–84. doi: 10.9774/GLEAF.4700.2015.ju.00009

Nadler-Moodie, M. (2010). Psychiatric emergencies in med-surg patients: Are you prepared? *American Nurse Today*, *5*(5), 23–28.

Policy Brief. (2010). Scaling up nutrition: A framework for action. *Food and Nutrition Bulletin*, *31*(1), 178–186.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005a). *Interventions for postpartum depression*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005b). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006b). *Crisis intervention.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007). *Integrating smoking cessation into daily nursing practice.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009a). *Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009b). *Supporting clients on methadone maintenance treatment*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010a). *Enhancing healthy adolescent development.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010b). *Nursing faculty education guide: Tobacco use and associated health risks.* Retrieved from http://tobaccofreernao.ca/en/NFEG

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a). *Facilitating client centred learning.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012c). *Woman abuse: Screening, identification and initial response.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015a). *Engaging clients who use substances*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015b). *Person- and family-centred care.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017a). *Nurse educator mental health and addiction resource*. Retrieved from www.rnao.ca/bpg/initiatives/mhai

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017b). *Integrating tobacco interventions into daily practice*. Retrieved from www.rnao.ca/bpg/guidelines/integrating-tobacco-interventions-daily-practice

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) and Safer Healthcare Now! (SHN!). (2008). *National collaborative on the prevention of falls in long-term care: Change package.* Retrieved from https://tools.patientsafetyinstitute.ca/Communities/falls/Shared%20Documents/National%20Falls%20Collaborative%202008/Change%20Package/Change%20Package.pdf

Safer Healthcare Now! (SHN!) and Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010). *Reducing falls and injury from falls—Getting started kit*. Retrieved from http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/Falls/Pages/default.aspx

Safer Healthcare Now! (SHN!) and Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011). *Falls facilitated learning series—Sustainability workbook*. Retrieved from https://tools.patientsafetyinstitute.ca/Communities/falls/Shared%20Documents/Falls%20Facilitated%20Learning%20Series%202011/FFLS%20Session%201-%20October%204,%202011.%20SAPC%201-%204%20octobre/Sustainability%20Workbook%20Final.pdf

Simmons, R., Fajans, P., & Ghiron, L. (Eds.). (2007). *Scaling up health service delivery: From pilot innovations to policies and programmes*. Geneva, CH: World Health Organization Press.

Yamey, G. (2011). Scaling up global health interventions: A proposed framework for success. *PLoS Med*, *8*(6), e1001049. doi:10.1371/journal.pmed.1001049

CAPÍTULO

11

PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Carol Holmes, MN, RN, GNC(C)
Suman Iqbal, MSN/MHA, RN, CON(C)
Bahar Karimi, MN, MHSc(HA), RN, CHE
Heather McConnell, MA(Ed), BScN, RN
Irmajean Bajnok, PhD, MScN, BScN, RN

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Describir el enfoque y las estrategias multifacéticas (sensibilización, compromiso, desarrollo de capacidades, implantación, integración, evaluación) utilizadas en la ampliación del Programa de Guías y la designación de BPSO para crear culturas de prácticas basadas en la evidencia en las residencias de cuidados de larga estancia.
- Identificar el impacto del Programa de Buenas Prácticas de cuidados de larga duración en los resultados de los residentes, proveedores de atención y organizaciones.
- Analizar el enfoque adoptado por RNAO para aprovechar la designación de BPSO dentro del Programa de Buenas Prácticas de cuidados de larga duración.
- Describir el impacto del nivel organizativo (meso) de la designación de BPSO de cuidados de larga duración en la buena adopción de las Guías, como se ilustra en el ejemplo de un caso.
- Comprender cómo la adaptación de una innovación puede apoyar la ampliación en todo el sector de los cuidados de larga duración.

INTRODUCCIÓN

El *Programa de Buenas Prácticas de Cuidados de Larga Duración* (en adelante, Programa de cuidados de larga duración) de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) representa un ejemplo de ampliación de la práctica basada en la evidencia al nivel del sistema en el sector de los cuidados de larga duración. Mangham y Hanson (2010) describen la *expansión* como un conjunto de procesos utilizados para introducir una innovación, que ha sido eficaz en otros lugares, en un nuevo entorno. En este caso, RNAO difundió el uso de las Guías y la designación de BPSO en todo el sector de los cuidados de larga duración mediante diversos procesos y estrategias que consideraron tanto el contexto político como el cultural del sector (Mangham & Hanson, 2010).

En este capítulo se describe el desarrollo del Programa de cuidados de larga duración y se destacan los aspectos clave de la ciencia de lxa implantación y los recursos basados en la evidencia que contribuyen a la expansión de este programa, lo que conduce a resultados positivos para los residentes y sus familias, los proveedores de atención médica y el propio sector.

ANTECEDENTES E HISTORIA

Canadá cuenta con un amplio y creciente sector de atención residencial comunitaria que incluye una gama de opciones de vida para personas, principalmente adultos mayores, que necesitan servicios de Enfermería, atención personal y otros servicios terapéuticos y de apoyo. La terminología utilizada para describir estos entornos de atención residencial varía en todo el país. En algunas provincias incluyen albergues, vivienda con servicios de asistencia, vivienda de apoyo y residencias de ancianos y de cuidado personal (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2017). En Ontario, estos centros de atención residencial se denominan residencias de cuidados de larga duración, específicamente para denotar el ambiente hogareño que imitan y para el que han sido diseñados. Hay aproximadamente 627 residencias de cuidados de larga duración financiadas con fondos públicos, con licencia e inspeccionadas (incluyendo 78.052 camas de atención de residentes) que proporcionan atención para adultos en la provincia (Ministry of Health and Long-Term Care [MOHLTC] Ontario, 2016).

El personal profesional de Enfermería en estas residencias de Ontario representa el 26% del total de horas de atención a los residentes. Las enfermeras tituladas proporcionan el 9% de esas horas y las enfermeras prácticas proporcionan el 17% del total de horas. Otro personal de atención profesional que proporciona atención experta familiar, social, de activación, nutricional y física, como trabajadores sociales, terapeutas de activación, dietistas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, proporcionan otro 8% del total de horas de atención de los residentes. El personal de atención especializada, como enfermera de práctica avanzada, especialistas en control de infecciones y especialistas en Enfermería clínica, proporcionan una pequeña parte de las horas de atención directa de los residentes (0,27%). La gran mayoría del personal de atención directa en las residencias de cuidados de larga duración de Ontario son trabajadores de apoyo personal no regulados y proporcionan el 65% del total de las horas de atención de los residentes (Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, 2015).

A finales de la década de 1990 y principios de la década de 2000, en un esfuerzo por aumentar la calidad de la atención en el sector de cuidados de larga duraciónIOntario, el Gobierno de Ontario invirtió recursos para abordar las cuestiones de atención prioritaria. Dado su emergente y ya muy exitoso Programa de Guías de Buenas Prácticas Clínicas, el Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) se puso en contacto con RNAO para desarrollar y difundir Guías de Enfermería seleccionadas sobre temas como la prevención y tratamiento de úlceras por presión y la prevención y manejo de caídas para su uso por el sector de los centros de cuidados paliativos y más allá de este.

En 2005, se introdujo en Ontario la función del coordinador de buenas prácticas de cuidados de larga duración a través de un proyecto piloto de tres años, la Iniciativa de Buenas Prácticas de Cuidados de Larga Duración (Iniciativa), administrada y financiada por el MOHLTC de Ontario y dirigida por RNAO. El objetivo de la recién creada Iniciativa era promover la difusión y adopción de las Guías de Enfermería en el sector de las residencias

de cuidados de larga duración, fomentar la sensibilización y el uso de las Guías en las residencias de cuidados de larga duración y mejorar el cuidado de los residentes de estas residencias (Nursing Health Services Research Unit [NHSRU], 2007a).

REFLEXIÓN

A partir de su experiencia, ¿cuáles son algunos de los desafíos que surgen al introducir la práctica basada en la evidencia en los entornos de cuidados de larga duración y qué tipo de apoyo cree que sería el más adecuado?

Esta iniciativa fue evaluada a través de la Nursing Health Services Research Unit (NHSRU), una iniciativa conjunta de la Universidad de Toronto y la Universidad McMaster. Utilizando un enfoque de dos fases, la evaluación examinó los procesos utilizados en la fase 1, y el impacto de la Iniciativa a nivel organizacional (residencias de cuidados de larga estancia) en la fase 2. La retroalimentación de los grupos interesados en la fase 1 reveló que el papel del coordinador de buenas prácticas de cuidados de larga duración se consideraba un elemento muy positivo para aumentar la concienciación y la adopción de las Guías (NHSRU, 2007a). En la fase 2, los grupos interesados indicaron que la implantación de las Guías en las residencias participantes estaba empezando a tener un impacto positivo en la atención y los resultados de los residentes, particularmente en las áreas de prevención de caídas, cuidado de la piel y las heridas y continencia (NHSRU, 2007b). Esto era significativo en ese momento porque estas áreas de atención incluían tres de las cuatro áreas principales de riesgo y preocupación (identificadas por el sector) en la atención de los residentes de las residencias de cuidados de larga duración.

Se incluyeron dos recomendaciones clave para el MOHLTC a partir de la evaluación de la Iniciativa piloto (NHSRU, 2007b):

- Proporcionar financiación sostenible para la Iniciativa, al tiempo que se sigue evaluando el impacto de la implantación de las Guías en los residentes de cuidados de larga duración, los proveedores de servicios de salud y los resultados del sistema.
- Considerar la posibilidad de aumentar el número de coordinadores de buenas prácticas de cuidados de larga duración (de los ocho originales) para mejorar la oportunidad de obtener mejores resultados para los residentes como consecuencia de la práctica basada en la evidencia en las residencias de cuidados de larga duración en toda la provincia.

Tras el éxito del proyecto piloto de tres años, la Iniciativa se formalizó en 2008 como un programa financiado por el gobierno, con un aumento del número de coordinadores de buenas prácticas a 14 (uno por cada región sanitaria de la provincia) y apoyo adicional en materia de educación y gestión. Se pidió a RNAO que liderara este programa en reconocimiento a su trabajo de vanguardia en el desarrollo e implantación de las Guías, su experiencia en la gestión de proyectos y su profundo conocimiento del sector. En 2009, el programa fue galardonado con el *Health Minister's Award of Excellence* (premio a la Excelencia del Ministerio de Salud) en la *Innovations in Health Care Expo* (expo provincial de innovaciones en el cuidado de la salud), en reconocimiento a su enfoque innovador para mejorar la calidad y la seguridad del paciente en las residencias de cuidados de larga duración.

INFRAESTRUCTURA DEL PROGRAMA

Después de la formalización y expansión del programa, sus fundamentos filosóficos fueron perfeccionados para incluir una idea, misión, conjunto de valores y un marco de referencia. Esta infraestructura permitió y apoyó el trabajo del equipo del programa y en particular de los coordinadores de buenas prácticas, cuya función se desarrolló aún más a partir del trabajo inicial de los coordinadores pioneros.

VISIÓN, MISIÓN Y VALORES

La visión, la misión y los valores dieron al programa un enfoque y una dirección claros y fomentaron una comprensión compartida de la visión del programa entre el equipo y los grupos interesados en todo el sector de

cuidados de larga duración. Además, estos se han ido actualizando periódicamente en función de los datos de la evaluación y de los cambios de contexto. En la Tabla 11.1 se describen estos aspectos de la infraestructura.

TABLA 11.1 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL PROGRAMA DE BUENAS PRÁCTICAS REFERENTE A LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN (RNAO, 2008)

Misión	La misión del Programa de Buenas Prácticas referente a los cuidados de larga duración es mejorar la calidad de la atención para los residentes de las residencias de cuidados de larga duración y facilitar una cultura de práctica basada en la evidencia a través de la implantación de las Guías de Buenas Prácticas por parte del personal de cuidado directo en las residencias de cuidados de larga duración.
Visión	Las Guías serán implantadas y mantenidas con éxito a través del sector de cuidados a largo plazo para el beneficio de los residentes y sus familias, proveedores de atención, la organización y el sistema.
Valores	La implantación de éxito de las Guías se logrará a través de la colaboración y las asociaciones mediante: la participación de los grupos interesados clave a lo largo del proceso, el intercambio de recursos, el aprendizaje a través del diálogo, la evaluación y reflexión continuas y el desarrollo de planes para la sostenibilidad.

EL MARCO DE REFERENCIA

El marco de referencia consta de seis estrategias y se elaboró para poner en práctica la misión, la visión y los valores, y reflejar los principios de la ciencia de la implantación, tal como están incorporados en la *Herramienta de RNAO: Implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (2012b). Estas estrategias guían la implantación de las Guías y el trabajo de transferencia de conocimientos de los coordinadores de buenas prácticas de atención de larga duración y otros miembros del equipo del programa en su apoyo a la práctica basada en la evidencia en el sector de los cuidados de larga duración. Ver la Figura 11.1.

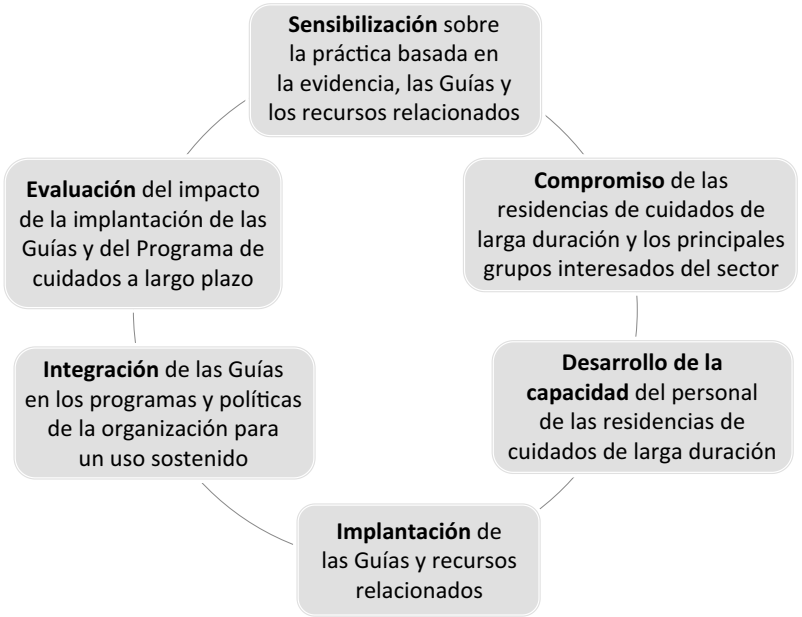


FIGURA 11.1 El marco de seis estrategias del Programa de Buenas Prácticas de Cuidados de Larga duración.

©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

REFLEXIÓN

¿De qué manera el marco de referencia del Programa de Buenas Prácticas de Cuidados de Larga Duración refleja el contexto de los cuidados de larga duración, y por qué es esto importante a la hora de introducir la práctica basada en la evidencia?

LOS COORDINADORES DE BUENAS PRÁCTICAS DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Los coordinadores de buenas prácticas son expertos en la atención de las personas mayores, el sector de los cuidados de larga duración y la implantación de estrategias científicas. Se involucran con los líderes de las residencias de cuidados de larga duración, enfermeras especialistas y personal de atención directa para establecer y adoptar prácticas basadas en las recomendaciones de las Guías clínicas de RNAO. Por lo tanto, los coordinadores de buenas prácticas son catalizadores en la provisión de atención basada en la evidencia para los residentes de las residencias y sus familias. Su papel incluye las siguientes actividades:

- Buscar, crear y coordinar oportunidades para promover el uso de las buenas prácticas basadas en la evidencia en las residencias de cuidados de .
- Colaborar en el desarrollo de un plan para la implantación local de las Guías de RNAO en las residencias de cuidados de larga duración, incluyendo estrategias para facilitar su sostenibilidad y difusión.
- Promover y apoyar el desarrollo de la capacidad y la transferencia de conocimientos relacionados con la práctica basada en la evidencia dentro de las residencias de cuidados de larga duración.
- Proporcionar apoyo para la implantación y la integración de las buenas prácticas en los programas de atención y servicios de cuidados a largo plazo legislados y solicitados y en los planes obligatorios de mejora de la calidad.

El papel de los coordinadores de buenas prácticas se puede definir más específicamente a través de una descripción de cada una de las seis estrategias en el marco de referencia.

SENSIBILIZACIÓN

La *sensibilización* es una estrategia utilizada por los coordinadores de buenas prácticas de los cuidados a largo plazo para centrar la atención de los líderes y el personal de los cuidados a largo plazo en la práctica basada en la evidencia, las Guías de RNAO, los recursos de implantación relacionados aplicables a la atención clínica de los residentes en las residencias de cuidados de larga duración y las Guías de RNAO de entornos laborales saludables (ver Capítulo 3, *Creación de entornos laborales saludables: permitiendo la excelencia clínica*), que respaldan la mejora de los lugares de trabajo. Los coordinadores utilizan numerosos enfoques, como boletines informativos, folletos, correos electrónicos, reuniones con los líderes y el personal de los cuidados a largo plazo, exhibiciones en diversos eventos, incluyendo talleres y conferencias, para crear conciencia sobre las Guías y los recursos del programa. Todos los enfoques utilizados están diseñados para animar al personal de los cuidados a largo plazo a que conozca la práctica basada en la evidencia, se comprometa con el programa y utilice las Guías en la práctica.

COMPROMISO

Involucrar a los líderes de las residencias de cuidados de larga duración y a su personal con el programa a través de los coordinadores de buenas prácticas de cuidados a largo plazo regionales es una estrategia muy importante para que los centros avancen hacia el uso de las Guías en la práctica diaria. Estos coordinadores establecen y facilitan reuniones individuales y grupales en las residencias y desarrollar grupos de trabajo en red del personal de las residencias de cuidados de larga duración y otros grupos provinciales de grupos interesados de los cuidados a largo plazo que estén implantando Guías similares. Las comunidades de práctica que se centran en un tema específico de práctica clínica (por ejemplo, prevención de caídas, salud bucodental) a nivel local y provincial son un ejemplo de un enfoque intencionado de participación que ha sido eficaz para apoyar la implantación de las Guías en las residencias.

DESARROLLO DE LA CAPACIDAD

La *capacidad* incluye las destrezas, conocimientos y habilidades organizativas y técnicas, así como las relaciones, actitudes y valores que permiten a las organizaciones, grupos e individuos llevar a cabo las funciones necesarias para alcanzar sus objetivos de desarrollo a lo largo del tiempo. Los grupos interesados son individuos o grupos que están interesados, que se ven afectados o que pueden efectuar un cambio de práctica (Baker et al., 1999; Legare, 2009). Desempeñan un papel importante en cualquier iniciativa de cambio y deben participar en todo el proceso. El uso sistemático de las Guías clínicas de RNAO y de las Guías de entornos laborales saludables ayuda a las residencias de cuidados de larga duración a desarrollar la capacidad a nivel de personal individual y dentro del sector.

Para aumentar la capacidad en la práctica basada en la evidencia y la ciencia de la implantación en los cuidados a largo plazo, se utilizan diversas estrategias, incluyendo un programa para desarrollar impulsores de buenas prácticas de cuidados a largo plazo, un programa de becas clínicas y ofertas de desarrollo profesional. Además, dada la importancia del liderazgo en todos los niveles para apoyar y mantener la práctica basada en la evidencia, RNAO proporciona formación y apoyo a los líderes de cuidados a largo plazo a través del desarrollo profesional. Por ejemplo, la *League of Excellence for LTC* es un programa educativo interactivo desarrollado por el Programa de Buenas Prácticas de Cuidados a Largo Plazo; está diseñado para mejorar la capacidad de los líderes de cuidados a largo plazo para desarrollar, integrar, evaluar y mantener programas basados en la evidencia e iniciativas de mejora de la calidad en las residencias de cuidados de larga duración de Ontario. En la siguiente sección se presentan dos recursos primarios desarrollados por el coordinador de buenas prácticas del programa de cuidados a largo plazo que son ampliamente utilizados en el sector.

RECURSOS CLAVE DEL PROGRAMA

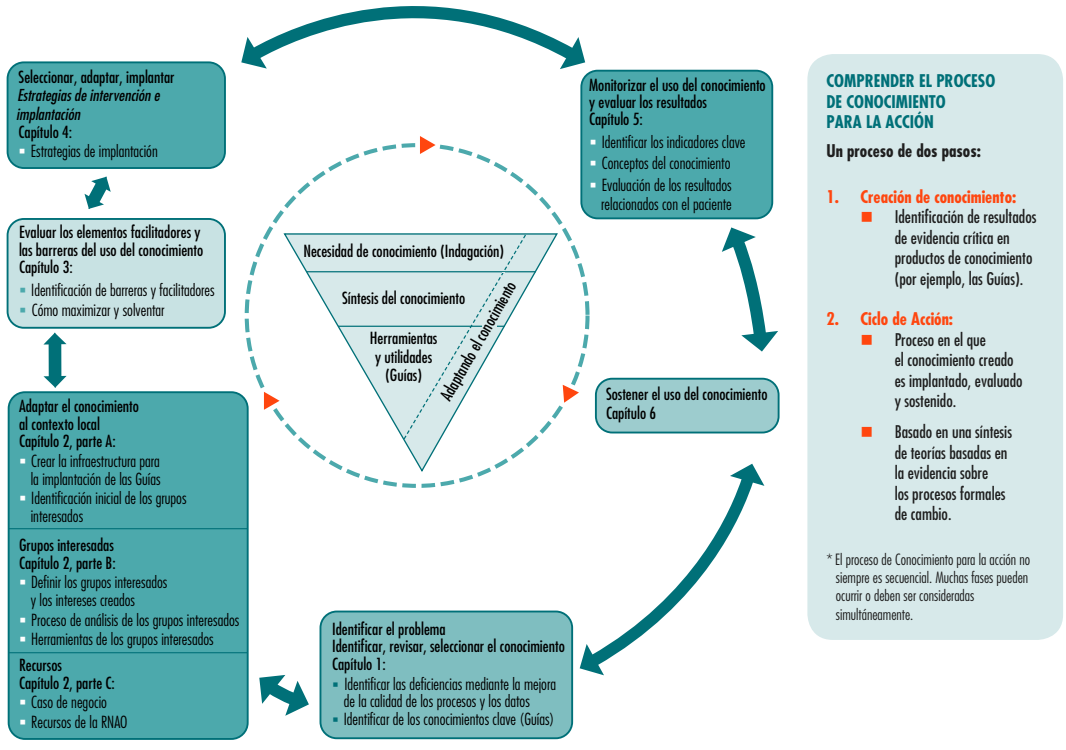
La *Herramienta de cuidados a largo plazo,* 2ª edición (www.ltctoolkit.rnao.ca) es un repositorio en línea gratuito de recursos basados en la evidencia que apoyan la implantación de las Guías y la planificación y evaluación de programas de cuidados a largo plazo (RNAO, 2015a). Los temas incluidos se basaron en las necesidades expresadas por las residencias de cuidados de larga duración y se identificaron a través de encuestas provinciales regulares y el contacto continuo con los coordinadores de buenas prácticas de cuidados a largo plazo. Todos los temas están asociados con una o más de las Guías clínicas o de entornos laborales saludables de RNAO. Los recursos de implantación relacionados que apoyan la práctica basada en la evidencia en los cuidados a largo plazo se obtienen para cada tema, en base a criterios específicos. Para ser incluido en la *Herramienta de cuidados a largo plazo,* un recurso o herramienta debe reflejar los requisitos legislativos y reglamentarios aplicables, ser aplicable a los cuidados a largo plazo, estar basado en la evidencia y estar disponible en la web sin coste alguno o con un coste mínimo para los usuarios. Hasta la fecha, miles de usuarios únicos de todo el mundo, incluyendo profesionales, profesores y estudiantes, han accedido a este recurso.

El recurso electrónico de orientación de Enfermería para los cuidados a largo plazo: Se trata de un popular recurso electrónico basado en la evidencia (http://ltcorientationeresource.rnao.ca/) que incluye información exhaustiva para preparar a las enfermeras y a otros profesionales sanitarios para que trabajen en el contexto de los cuidados a largo plazo o lo comprendan. Incluye cuatro ámbitos de conocimiento: profesional, de funciones, clínico y organizacional, y vincula a las enfermeras con los mejores recursos en línea disponibles y con actividades de aprendizaje de organizaciones provinciales y nacionales acreditadas, así como con determinadas Guías clínicas y de entornos laborales saludables de RNAO. Cada ámbito de conocimiento contiene varios módulos de aprendizaje, cada uno de los cuales incluye una introducción al tema y varias "actividades por hacer" y "recursos para revisar" (Holmes & Warner, 2013). El recurso electrónico proporciona un enfoque autodirigido del aprendizaje basado en una autoevaluación de las necesidades de aprendizaje mediante una lista de comprobación y una herramienta de planificación integradas. Está diseñado para mejorar los programas de orientación de Enfermería de las residencias de cuidados de larga duración y para presentar a los usuarios las fuentes de información basadas en la evidencia que son aplicables a los cuidados a largo plazo y que pueden ayudar a responder a las preguntas de la práctica a medida que van surgiendo. Si bien el recurso electrónico fue diseñado para enfermeras nuevas en el ámbito de los cuidados a largo plazo, también tienen acceso cientos de enfermeras experimentadas para ampliar sus conocimientos y otros profesionales de la salud, estudiantes y profesores como fuente de información basada en la evidencia sobre el sector (Holmes & Warner, 2013).

IMPLANTACIÓN

Aunque los líderes de los centros de atención domiciliaria y el personal de atención directa de los cuidados a largo plazo se esfuerzan por proporcionar una atención segura, de alta calidad, integrada y basada en la evidencia, el cambio en la práctica mediante el uso de la mejor evidencia no se produce rápidamente. La introducción de la mejor evidencia en la práctica diaria requiere un proceso de cambio planificado, prestando atención tanto a las áreas "duras" (técnicas) como a las "blandas" (personas) (Sarayreh, Khudair y Barakat, 2013). Haines (2007) reconoció la importancia de reunir motivación interna para el cambio hacia una visión clara del futuro. Su modelo incluye un enfoque en la experiencia del individuo, que es predecible a medida que uno se mueve de la práctica actual al estado deseado futuro, que él representa a través de un modelo de montaña rusa. La buena implantación del cambio de práctica se relaciona con la cultura de la organización, incluyendo la capacidad de liderazgo, la motivación y los recursos para alcanzar la excelencia clínica.

Los coordinadores de cuidados a largo plazo guían la implantación de las Guías a través del uso del marco de Conocimiento para la acción (Straus, Tetroe y Graham, 2013), que permite un enfoque estructurado y sistemático para la implantación de la mejor evidencia en las residencias de cuidados de larga duración. El marco de Conocimiento para la acción se describe en detalle en la Herramienta de fácil utilización de RNAO: *Implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (2012b). Un aspecto importante del papel del coordinador es ayudar a iniciar el proceso estructurado para llevar el conocimiento (evidencia) a la práctica. Comienzan su trabajo con los centros utilizando un análisis de las deficiencias, vinculando este enfoque a la primera fase del ciclo del Conocimiento para la acción: "*Identificar el problema: Identificar, Revisar y Seleccionar Conocimiento*" (ver Figura 11.2).



Adapted from "Knowledge Translation in Health Care: Moving From Evidence to Practice." S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham. Copyright 2009 by Blackwell Publishing Ltd. Adapted with permission.

FIGURA 11.2 Marco de trabajo de Conocimiento para la acción, tal como se describe en la *Herramienta: Implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (RNAO, 2012b).

©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

Los coordinadores de buenas prácticas de cuidados a largo plazo en colaboración con los líderes de las residencias lideran el análisis de las deficiencias, que es un proceso para comparar la práctica actual dentro de una residencia de cuidados de larga duración con las recomendaciones de buenas prácticas basadas en la evidencia en las Guías seleccionadas para determinar lo siguiente:

- Las prácticas y procesos existentes que se están implantando actualmente y que están respaldados por la evidencia en la Guías: esta información es útil para reforzar las fortalezas de la práctica.
- Recomendaciones que actualmente se implantan parcialmente en la práctica o en áreas específicas de la residencia de cuidados de larga duración: estos serían unos buenos objetivos principales para los esfuerzos de cambio.
- Recomendaciones que actualmente no se están cumpliendo.
- Recomendaciones que no se pueden aplicar al ámbito de la práctica.

El equipo, junto con los grupos de interés internos y externos, lleva a cabo estas comparaciones y, al mismo tiempo, también determina:

- Los elementos facilitadores del proceso y cualquier barrera para la implantación, que puede incluir personal, combinación de habilidades, presupuesto, asuntos relacionados con la carga de trabajo, y conocimiento y motivación del personal.
- Los plazos relacionados con acciones específicas y las personas o departamentos que pueden apoyar el esfuerzo de cambio.
- Enlaces con otras prácticas y programas en la residencia de cuidados de larga duración.
- Recursos y formación existentes a los que puede acceder la residencia de cuidados de larga duración.

La Tabla 11.2 ilustra un ejemplo de análisis de deficiencias para una recomendación de la Guía de RNAO *Prevención de caídas y de lesiones derivadas de las caídas en las personas mayores* (2005, 2011) que ayudará al equipo a determinar las áreas de la recomendación que se cumplen, se cumplen parcialmente y no se cumplen, y les permitirá enfocar sus acciones.

TABLA 11.2 EJEMPLO DE ANÁLISIS DE DEFICIENCIAS PARA UNA RECOMENDACIÓN

Recomendaciones de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO	Conseguido	Parcialmente conseguido	No conseguido	Notas (Ejemplos de lo que se debe incluir: se trata de una prioridad, información sobre la práctica actual, posible solapamiento con otros programas o socios)
Recomendación para la práctica: Evaluación 1.0 Evaluar el riesgo de caídas en el momento de la admisión. (Nivel 1b Evidencia)		X		Se analizó la herramienta de evaluación de riesgos utilizada en el momento de la admisión para determinar si el personal conoce los factores de riesgo asociados con las caídas y si las evaluaciones de riesgos se completan en las 24 horas posteriores a la admisión. El personal preguntó si el historial de caídas anterior podría estar disponible en el momento de la admisión. El personal identificó a partir de los últimos informes de mejora de la calidad que el 40% de las admisiones tienen una evaluación del riesgo de caídas completada por el personal. Plan de acción: seleccionar y utilizar una herramienta consistente para la evaluación del riesgo de caídas en todas las unidades, y completar el 100% del tiempo dentro de las 24 horas de la admisión.

Los beneficios de realizar un análisis de las deficiencias incluyen (RNAO, 2012b):

- Identificar los puntos fuertes en la práctica actual.
- Centrarse en los cambios necesarios en la práctica basados en la mejor evidencia, prestando atención a las áreas prioritarias que pueden abordarse con mayor facilidad.
- Determinación de obstáculos y elementos facilitadores, requisitos de recursos, selección de estrategias de implantación y enfoques de evaluación.
- Acordar los siguientes pasos, como el desarrollo de infraestructura para apoyar la implantación de las Guías y la participación de los grupos interesados.
- Aumentar la probabilidad de un cambio sostenido en la práctica mediante la participación del personal en un debate sincero sobre la práctica actual y sobre cómo planificar los cambios en la práctica.

El Programa de Buenas Prácticas de Cuidados a Largo Plazo se centra en apoyar a las residencias, dentro del contexto de sus recursos disponibles, para que desarrollen y lleven a cabo sus planes para implantar las Guías. Se proporciona apoyo, principalmente a través de la experiencia de los coordinadores de buenas prácticas de cuidados a largo plazo, que utilizan enfoques consultivos y de asesoría mientras trabajan con los líderes e impulsores de los cuidados a largo plazo para aplicar los principios de gestión del cambio en los siguientes ámbitos la adopción de las buenas prácticas clínicas y de entornos laborales saludables.

INTEGRACIÓN

La adopción de Guías clínicas y de entornos laborales saludables en las residencias de cuidados de larga duración es compatible con las regulaciones y requisitos de los cuidados a largo plazo para programas de servicio, políticas, procedimientos, atención clínica y prácticas en el lugar de trabajo. Esto, junto con los enfoques sistemáticos e inclusivos utilizados en la implantación, ayuda a mantener la adopción de las Guías en todo el sector. Los coordinadores de buenas prácticas de cuidados a largo plazo ofrecen asesoramiento experto a los líderes y al personal de los centros de formación de cuidados a largo plazo para mantener el enfoque en la práctica basada en la evidencia mediante el aprovechamiento de los requisitos normativos, las iniciativas de mejora de la calidad, la orientación, la valoración del rendimiento, la evaluación y el seguimiento continuos.



REFLEXIÓN

¿Cómo presentaría el análisis de deficiencias y la herramienta a sus colegas en su entorno? ¿De qué manera este proceso facilita la gestión del cambio relacionado con la adopción de las Guías?

EVALUACIÓN

La evaluación es un componente crítico del papel del coordinador de buenas prácticas en su trabajo de implantación de Guías con las residencias de cuidados de larga duración. Mediante la plena integración de las Guías en los programas de atención y servicios requeridos y en los planes obligatorios de mejora de la calidad, se puede medir el impacto de la implantación de las Guías. Las residencias tienen la obligación de monitorizar e informar trimestralmente sobre los indicadores de calidad del Conjunto de Datos Mínimos del Instrumento de Evaluación de Residentes (RAI-MDS, por sus siglas en inglés). Varios de los indicadores de calidad de los cuidados a largo plazo se publican y son fuentes importantes de información utilizadas por el Programa de Buenas Prácticas de Cuidados a Largo Plazo para medir la adopción de las Guías y su impacto en la atención a los residentes y los resultados en el lugar de trabajo. Se ayuda al personal directivo a evaluar los enfoques adoptados y sus resultados, para que sirvan de base para el trabajo posterior en relación con la próxima Guía que se vaya a implantar.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE CUIDADOS A LARGO PLAZO

En abril de 2014, un evaluador externo llevó a cabo una evaluación del programa en dos fases, centrada en las estructuras y procesos del programa (fase 1) y los resultados del programa (fase 2). Incluyó un examen de todo el programa en todo Ontario y de las actividades de implantación en centros individuales, donde esa información fue útil para recopilar prácticas prometedoras relacionadas con la ejecución general del programa.

PREGUNTAS CLAVE DE LA EVALUACIÓN (FUENTE: MCGUIRE ASSOCIATES, 2014)

Las preguntas clave de la evaluación para las fases 1 y 2 de la evaluación del Programa de Buenas Prácticas de Cuidados a Largo Plazo fueron las siguientes:

1. ¿Hasta qué punto se aplicó el Programa de Buenas Prácticas de Cuidados a Largo Plazo según lo previsto?
2. ¿Se aplicaron las recomendaciones del proyecto piloto de evaluación? ¿Por qué o por qué no? ¿Qué cambios se han producido?
3. ¿Hasta qué punto los servicios y recursos proporcionados a las residencias de cuidados de larga duración a través del programa satisfacen sus necesidades y expectativas?
4. ¿Qué efecto tuvo el programa en el uso de la práctica basada en la evidencia en las residencias de cuidados de larga duración?
5. ¿Cuáles de las estrategias utilizadas por el programa contribuyeron más a que las residencias de cuidados de larga duración avanzaran en el uso de prácticas basadas en la evidencia?

Las preguntas clave se referían al tipo y enfoque de la recolección de datos y al análisis de estos. Los resultados de la fase 1 de la evaluación del programa fueron muy positivos, lo que indica un aumento constante de la conciencia sobre el programa entre las residencias de cuidados de larga duración y un firme consenso de que los servicios y recursos fueron muy útiles y marcaron una diferencia en los centros. Las recomendaciones incluyeron el fortalecimiento de los procesos de recolección de datos y de monitorización, en particular la búsqueda de consistencia y confiabilidad en los enfoques de recolección y análisis de datos de monitorización y su uso para la planificación y presentación de informes de los programas.

Los resultados de la segunda fase mostraron que la naturaleza de la relación entre los coordinadores de buenas prácticas y las residencias de cuidados de larga duración en las fases de sensibilización e implantación del marco de referencia era fundamental para que una residencia avanzara hacia la adopción de Guías. Esto reforzó la necesidad de formadores consistentes y la importancia de retener a los coordinadores en la función a lo largo del tiempo. Además, estaba claro que, en las primeras etapas de la adopción, los centros requerían mucha más interacción y apoyo, mientras que los que se encontraban en las últimas etapas de la adopción de las Guías podían mantener su trabajo con sesiones de formación regulares, pero menos intensivas (McGuire Associates, 2015).

IMPACTO DEL PROGRAMA EN EL SECTOR DE LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO

Aquí se incluyen dos ejemplos del sector sobre cómo se implantaron las Guías específicas y el impacto que han tenido en los resultados de los residentes, proveedores y organizaciones.

E S T U D I O D E C A S O

EXTENDICARE HABILURTON

Extendicare Haliburton, Ontario (Canadá), en colaboración con su coordinador de buenas prácticas de cuidados a largo plazo, implantó con éxito la guía de RNAO: *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones (2012a)* en todas las residencias de cuidados de larga duración. Los resultados fueron espectaculares: la instalación redujo el uso de sistemas de retención del 15,9% a cero en un periodo de dos años. Las actividades de implantación se basaron en los tres tipos de recomendaciones de la Guía e incluían:

- Revisar e implantar un conjunto de políticas organizacionales y de evaluación del comportamiento, basadas en las recomendaciones para la organización.
- Desarrollar e implantar planes de cuidado, basados en las recomendaciones para la práctica
- Formar al personal desarrollándolos como Impulsores de Buenas Prácticas para liderar el cambio de prácticas, basándose en las recomendaciones para la formación.

Las prácticas libres de contenciones del centro fueron se compartieron con nuevos residentes, sus familias y el personal. Residentes y miembros de la familia apreciaron la comprensión de cómo las políticas del centro estaban respaldadas por las recomendaciones de las Guías de RNAO basadas en la evidencia. El equipo de Extendicare Haliburton se comprometió a proporcionar atención de calidad y centrada en la persona (RNAO, 2012a), lo que significó que todos, incluidos los residentes y las familias, entendieron los beneficios de los enfoques alternativos para el uso de las contenciones sin comprometer la seguridad de los residentes (Wood, 2017). La Figura 11.3 muestra el uso de la contención a lo largo del tiempo en Extendicare Haliburton después de la implantación de la Guía *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* (2012a) en comparación con el uso de contenciones a nivel regional, provincial y nacional.

REFLEXIÓN

¿Qué factores cree que han contribuido a los excelentes resultados experimentados por esta residencia de cuidados de larga duración en relación con la adopción de la Guía sobre los enfoques alternativos al uso de las contenciones?

Tendencias a lo largo del tiempo: uso de contenciones en los cuidados a largo plazo (porcentaje)
Página web: https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/indeph?lang=en#/indicator/043/4/099187

Comparador	2011–12	2012–13	2013–14	2014–15	2015–16
Canadá	13.4	11.2	9.6	8.6	7.4
Ontario	13.9	11.0	8.9	7.4	6.0
Redes Locales de Integración de la Salud del Centro Este	12.1	9.3	7.9	6.7	5.3
Extendicare – Haliburton	15.9	2.9	0.8	0.0	0.0

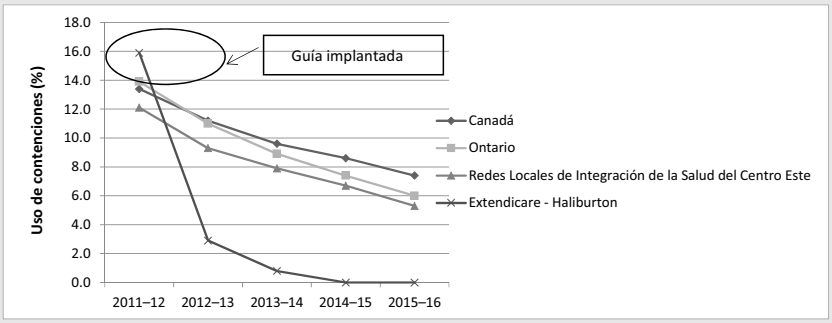


FIGURA 11.3 Restricción del uso de la organización a lo largo del tiempo en comparación con la región, provincia y país.
Fuente: Your Health System: Restraint Use in Long-Term Care Details for Extendicare Ontario, CIHI, 2016. Usado con permiso de Extendicare Haliburton.

E S T U D I O D E C A S O

TILBURY MANOR

Tilbury Manor es un centro de 75 residentes de cuidados a largo plazo en Tilbury, Ontario, que implantó las Guías de Buenas Prácticas para mejorar el cuidado de los residentes y crear un entorno laboral saludable. El equipo interprofesional utilizó varias herramientas de análisis de deficiencias para revisar las prácticas actuales en relación con las recomendaciones de las Guías y creó planes de acción para mejorar los resultados en salud de los residentes en los programas requeridos (prevención y manejo de caídas, cuidado de la piel y las heridas, cuidado de la incontinencia y del intestino y manejo del dolor). Se revisaron las políticas existentes, las prácticas de atención a los residentes y la documentación para determinar hasta qué punto las herramientas de detección, evaluación y reevaluación se ajustaban a las Guías de RNAO. De noviembre de 2014 a junio de 2015, Tilbury Manor implantó cambios en la práctica basados en las recomendaciones de 12 Guías de RNAO. La revista *Senior Care Canada* publicó la historia de Tilbury Manor como portada de su nominación para el Premio a la Excelencia en Liderazgo de la Asociación de Cuidados a Largo Plazo (*Ontario Long-Term Care Association's Leadership Excellence Award*) de Ontario en 2015. El artículo comparte su trayectoria en el mantenimiento de las buenas prácticas mediante la "organización y capacitación del personal para encontrar soluciones" (Patten, 2017).

Los equipos del programa, dirigidos por enfermeras y apoyados por los coordinadores de buenas prácticas de cuidados a largo plazo, se establecieron para promover cambios en la práctica y mejorar los resultados en salud de los residentes. Cada líder era responsable de capacitar y formar al personal, implantar cambios en las prácticas y evaluar su efectividad, basándose en el modelo del Conocimiento para la acción, tal como se describe en la Herramienta de Implantación de RNAO (2012b). Se monitorizaron los resultados de las auditorías de los organigramas, las revisiones de los cuidados de Enfermería y las puntuaciones que miden los indicadores clave RAI-MDS sobre la calidad en los cuidados a largo plazo y que son utilizados en muchas partes de Canadá, y se informó regularmente al Director de Atención para promover la continuidad y asegurar la sostenibilidad de los cambios en la práctica. Dentro de un ciclo de presentación de informes (trimestre fiscal), los indicadores RAI-MDS (ver Figura 11.4) mostraron mejoras considerables que se han mantenido por más de 2 años (Le & Faubert, 2016).

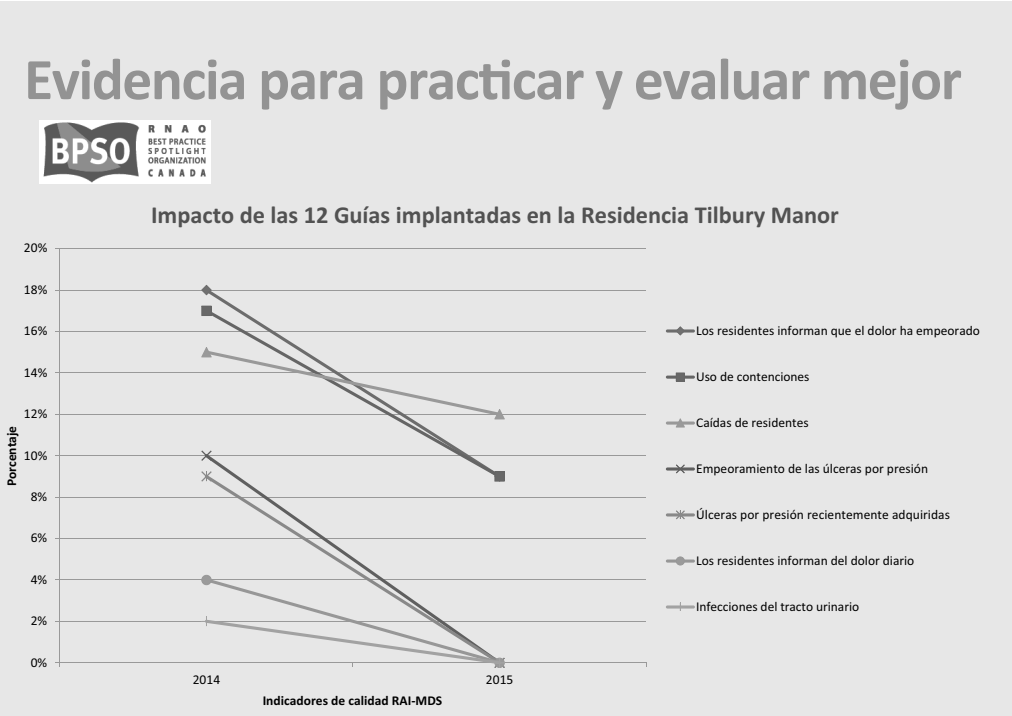


FIGURA 11.4 Impacto de 12 Guías implantadas en Tilbury Manor.
Fuente: Indicadores de calidad RAI-MDS de Tilbury Manor de noviembre de 2014 a junio de 2015.
La implantación de 12 Guías de RNAO mejoró los resultados en salud de los residentes en siete indicadores de calidad del Conjunto de Datos Mínimos del Instrumento de Evaluación de Residentes (RAI-MDS). Usado con permiso.

REFLEXIÓN

¿Cuáles son los beneficios de monitorizar, medir y compartir los resultados de salud de los pacientes con el personal para lograr y mantener una atención de calidad?

UNA MAYOR AMPLIACIÓN MEDIANTE LA ADAPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO DE RNAO

Una vez que el Programa de Buenas Prácticas de Cuidados a Largo Plazo se estableció de completamente y se dedicó un esfuerzo considerable a la creación de capacidad individual relacionada con la práctica basada en la evidencia y al desarrollo de una red de impulsores dentro del sector, RNAO se dedicó a difundir su exitosa estrategia de implantación organizativa: la designación de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados en todo el sector de los cuidados a largo plazo (ver el Capítulo 6, *Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados: la ciencia de la implantación en su máxima expresión*) al incorporarla al Programa de Buenas Prácticas de Cuidados a Largo Plazo como BPSO de Cuidados a Largo Plazo. La designación de BPSO, establecida en 2003, ofrece a las organizaciones la oportunidad de implantar formalmente las Guías en asociación con RNAO y fue adaptada para ser coherente con el contexto de los cuidados a largo plazo.

OBJETIVO Y ADAPTACIONES DE LA DENOMINACIÓN DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

A través de una asociación formal con RNAO, las residencias de cuidados de larga duración crean culturas basadas en la evidencia en sus organizaciones a través de la implantación y evaluación sistemática de múltiples Guías de RNAO durante un periodo de 3 años, después de los cuales son designados como BPSO de Cuidados a Largo Plazo. Los objetivos de la designación de BPSO de Cuidados a Largo Plazo son (RNAO, 2016):

- Establecer asociaciones dinámicas y a largo plazo con entornos de cuidados a largo plazo que se centren en lograr un impacto en la atención de los residentes mediante el apoyo a la práctica de Enfermería basada en el conocimiento.
- Demostrar estrategias creativas para implantar con éxito las Guías de Enfermería a nivel individual y organizacional.
- Establecer y adoptar enfoques eficaces y coherentes para evaluar las actividades de implantación utilizando la estructura, el proceso y los indicadores de resultados adecuados.
- Integrar estrategias eficaces para la difusión en todo el sistema de la implantación y los resultados de las guías, especialmente dirigidas a los centros de investigación y formación.

Para adaptar la designación de BPSO al sector de cuidados a largo plazo, se celebró una consulta abierta con los líderes de las residencias de cuidados de larga duración para discutir los retos y necesidades relacionados con el contexto en la implantación de las Guías de RNAO. El programa fue diseñado para proporcionar un apoyo comprometido a los centros de BPSO de Cuidados a Largo Plazo, manteniendo al mismo tiempo la integridad de la designación de BPSO. Los coordinadores de buenas prácticas de los cuidados de larga duración actúan como asesores formales de los equipos de liderazgo de los BPSO de Cuidados a Largo Plazo y proporcionan

servicios de consultoría hasta el equivalente a un día a la semana durante el periodo inicial de los tres años anteriores a la designación. Los BPSO de Cuidados a Largo Plazo trabajan en colaboración con RNAO y se comprometen con recursos humanos y financieros para apoyar el cumplimiento de los requisitos del programa.

COMPROMISO ORGANIZACIONAL

El proceso de solicitud de propuestas para el BPSO de Cuidados a Largo Plazo comenzó en 2014. A diferencia de los otros BPSO de Ontario, el proceso de solicitudes para ser BPSO de Cuidados a Largo Plazo se emite anualmente, y se ha mantenido durante 4 años consecutivos desde 2014. El aumento de la frecuencia se estableció en respuesta a los primeros resultados positivos logrados por los centros predesignados de BPSO de Cuidados a Largo Plazo y a la demanda expresada por las residencias de cuidados de larga duración de toda la provincia de participar en este programa de implantación de Guías a nivel meso. En 2017, los primeros BPSO de Cuidados a Largo Plazo lograron la designación. Hasta la fecha, hay 29 BPSO de Cuidados a Largo Plazo, que proporcionan atención a 3.750 residentes, y se planea que cada año sean más.

PAPEL COLABORATIVO DEL COACH DEL BPSO DE CUIDADOS A LARGO PLAZO Y DEL ENLACE DEL BPSO DE CUIDADOS A LARGO PLAZO

El Coach del BPSO de Cuidados a Largo Plazo es un coordinador de buenas prácticas de cuidados a largo plazo de RNAO, que apoya al BPSO en la implantación, evaluación y sostenibilidad sistemática de las Guías de RNAO identificadas por el BPSO de Cuidados a Largo Plazo. El Coach del BPSO de Cuidados a Largo Plazo trabaja directamente con el enlace de BPSO de Cuidados a Largo Plazo, un miembro del personal de BPSO de Cuidados a Largo Plazo que coordina las actividades de implantación y evaluación. El coach proporciona consultas, enseñanza, apoyo y modelos a seguir, utilizando el la Herramienta de Implantación de RNAO (2012b) como guía para la ciencia de la implantación y a través de procesos holísticos de facilitación para permitir que los individuos, equipos y organizaciones cambien (Harvey et al., 2002).

REQUISITOS

El requisito clave para los BPSO de Cuidados a Largo Plazo participantes es implantar o ampliar la implantación de un mínimo de tres Guías clínicas de RNAO de una lista de selección de Guías que apoyen la atención de calidad de los residentes, que sean altamente relevantes para la atención de los residentes en las residencias y que estén incluidas en los programas requeridos por la legislación para los que RNAO tiene una Guía. Como mínimo, una de las tres guías clínicas debe implantarse en toda la residencia de cuidados de larga duración, mientras que las otras pueden implantarse dentro de áreas específicas de cuidado de residentes. Todas las Guías seleccionadas deben implantarse al final del segundo año, y al menos una guía debe implantarse en su totalidad en el primer año. En el tercer año, la atención se centra en la evaluación, en la sostenibilidad y en la preparación para la designación de BPSO de Cuidados a Largo Plazo.

CREACIÓN DE CAPACIDAD

De acuerdo con las expectativas de todos los BPSO, los BPSO de Cuidados a Largo Plazo deben involucrar al menos al 15% del personal de atención y gestión como impulsores de buenas prácticas de RNAO a lo largo de los tres años del periodo de anterior a la designación. La intención es desarrollar la capacidad de una cohorte de personal de atención directa, incluido el personal de Enfermería, para apoyar la implantación y evaluación de las guías. Además, se necesitan otras actividades de fomento de la capacidad, como la asistencia a los cursos de aprendizaje de RNAO y otras ofertas de desarrollo profesional relacionadas con la práctica basada en la evidencia y la ciencia de la implantación.

DIFUSIÓN

Como una forma de consolidar, reforzar y reconocer su trabajo, se requiere que las organizaciones compartan sus principales lecciones aprendidas, recursos desarrollados y logros con el sector de los cuidados a largo plazo y la comunidad de la salud en general. De acuerdo con los recursos disponibles en el sector, los BPSO de Cuidados a Largo Plazo disponen de una serie de opciones presenciales y en línea para la difusión de su trabajo. Además, se debe enviar como mínimo un manuscrito para su publicación en una revista revisada por pares o no revisada por pares al final del periodo de predesignación de 3 años.

MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN

Como en el caso de todos los BPSO, la participación obligatoria en el sistema de datos de indicadores internacionales de RNAO, Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuIRE®) (ver el Capítulo 16), es un resultado clave para la designación de BPSO de Cuidados a Largo Plazo.

NQuIRE recopila datos sobre indicadores estructurales de recursos humanos e indicadores de procesos y resultados en salud de los residentes. Esta participación se formaliza a través de un acuerdo firmado con RNAO en el que se describen las responsabilidades relacionadas con los requisitos de monitorización y evaluación, la seguridad de los datos y el intercambio de datos. Los BPSO de Cuidados a Largo Plazo trabajan con el equipo de NQuIRE para seleccionar los indicadores de calidad relacionados con las guías identificadas para su implantación y adecuadas para el sector de las residencias de cuidados de larga duración. Los datos se recopilan mensualmente sobre estos indicadores y se envían al sistema de datos NQuIRE. Los BPSO de Cuidados a Largo Plazo pueden recuperar sus informes y están obligados a presentarlos en informes de progreso a RNAO, junto con los resultados de otras actividades periódicas de control de la mejora de la calidad relacionadas con la implantación de cada Guía.

SOSTENIENDO Y DIFUNDIENDO

Al final del periodo de predesignación de BPSO de Cuidados a Largo Plazo de 3 años, suponiendo que se cumplan todos los requisitos, el BPSO alcanza el estatus de "BPSO de Cuidados a Largo Plazo designado". Se trata de una designación renovable cada dos años, a la espera de que se cumplan los requisitos en curso, en consonancia con una organización de cuidados a largo plazo basada en la evidencia, que sigue mejorando, ampliando y difundiendo la implantación de las buenas prácticas. Los BPSO Designados se convierten en mentores para los nuevos BPSO de Cuidados a Largo Plazo a diferentes niveles: local, nacional e internacional.



REFLEXIÓN

¿Por qué es tan importante adaptar los programas al contexto local, en este caso el contexto de los cuidados a largo plazo? ¿Cómo cree que esta adaptación contribuyó al éxito de la designación de BPSO en el sector de cuidados a largo plazo?

RESUMEN DE LA INICIATIVA DE AMPLIACIÓN DEL BPSO

El BPSO de Cuidados a Largo Plazo ha sido un éxito rotundo en la creación de una cultura de práctica basada en la evidencia en entornos de cuidados a largo plazo y en la mejora de los resultados en la salud de los residentes, en particular en aquellas áreas de atención a las personas mayores que suponen un reto constante, como el cuidado de heridas, el dolor crónico, las caídas y la incontinencia urinaria. La sólida fórmula de guías de práctica basadas en la evidencia y recursos relacionados, asesores expertos, organizaciones dedicadas que han destinado recursos, una metodología sistemática y un enfoque en la evaluación y la capacidad de sostenibilidad ha significado que los entornos de atención a largo plazo han adoptado las siguientes medidas prácticas basadas en la evidencia. Esto ha dado lugar a resultados sin precedentes en muchos casos para los residentes, el personal, las organizaciones y el sistema.

E S T U D I O D E C A S O

EL IMPACTO DEL BPSO DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EN LA RESIDENCIA SAINT PETER

La Residencia Saint Peter en Chedoke (en adelante, SPR, por sus siglas en inglés) es una residencia de cuidados de larga duración sin ánimo de lucro para 210 residentes en Hamilton, Ontario (Canadá), y es parte del Grupo Thrive. En 2013, la SPR respondió a la primera solicitud de propuestas de BPSO de Cuidados a Largo Plazo. Muchos factores llevaron a los altos dirigentes a reconocer la oportunidad de conseguir la designación de BPSO de Cuidados a Largo Plazo y su enfoque en la práctica basada en la evidencia. Las residencias de cuidados de larga duración de Ontario están obligadas a cumplir con las regulaciones de la Ley de Residencias de cuidados de larga duración de 2007 (Queen's Printer for Ontario, 2007) y a presentar planes de mejora de calidad anuales que se comunican públicamente.

La cambiante población residente dentro del sector de cuidados a largo plazo también desafía a los centros a satisfacer las necesidades de los residentes con condiciones de salud complejas, incluyendo problemas de salud mental y síntomas psicosociales y conductuales de demencia. Los residentes, las familias y las personas que toman las decisiones están cada vez mejor informados y esperan una atención y un servicio al paciente excelentes, de los que hacen responsable al equipo de atención médica. En la SPR, los Consejos de Residentes y Familias están muy involucrados en la toma de decisiones y hacen que el equipo sea responsable de asegurar que la atención y los servicios cumplan o excedan los estándares legales. A medida que las residencias de cuidados de larga duración luchan con financiación y recursos limitados, es esencial encontrar eficiencias (mediante el uso de las buenas prácticas, el desarrollo de la capacidad, el conocimiento del personal y el empoderamiento de los miembros del personal).

Liderar la innovación y mejorar la versatilidad son dos de los valores de las organizaciones del Grupo Thrive. Como tal, la decisión de asociarse con RNAO como BPSO de Cuidados a Largo Plazo y apoyar a la SPR en la implantación de Guías y en la realización de cambios en la práctica para mejorar los resultados en salud de los residentes fue consistente tanto con los valores como con los objetivos y retos actuales del sector.

PARA EMPEZAR

Como parte del proceso de solicitud y en base a un enfoque específico, el equipo de la SPR eligió una Guía de entornos laborales saludables y cinco Guías clínicas para implantar durante el periodo de predesignación de tres años 2014-2017. Las Guías implantadas incluyeron:

- *Atención centrada en el paciente* (RNAO, 2006); *Cuidados centrados en la persona y familia* (RNAO, 2015b)
- *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2002, 2007 Suplemento, 2013a)
- *Prevenir y abordar el abuso y la negligencia de las personas mayores: enfoques centrados en la persona, colaborativos y en todo el sistema* (RNAO, 2014)
- *Prevención de caídas y de lesiones derivadas de caídas en las personas mayores* (RNAO, 2005, 2011 Suplemento)
- *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* (RNAO, 2012a)
- *Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería* (2ª ed.) (RNAO, 2013b)

La SPR está comprometida con la misión, visión y valores del Grupo Thrive, asegurando que sus pacientes, empleados y demás grupos interesados reciban servicios de excelente calidad. Los valores organizacionales incluyen trabajo en equipo, honestidad, respeto, innovación, versatilidad y excelencia. El programa de BPSO de Cuidados a Largo Plazo y su enfoque en la práctica basada en la evidencia fueron vistos como una forma de promover la innovación y la excelencia en la práctica.

En la SPR se alienta y apoya constantemente al personal para que se comprometa con el aprendizaje y el desarrollo continuo, siempre avanzando y creando programas y servicios altamente eficientes. Los motivos para convertirse en BPSO de Cuidados a Largo Plazo eran: mejorar los programas de atención y servicios necesarios, empoderar al personal de Enfermería, aumentar la participación de todas las disciplinas en la toma de decisiones y mejorar la colaboración y el trabajo en equipo. También se anticipó que este trabajo inspiraría un sentido de pertenencia y orgullo en todo el personal, alentaría la responsabilidad compartida y el mantenimiento de los cambios deseados para mejorar la atención a los residentes y abordaría las barreras comunes a la transferencia de conocimientos en los cuidados a largo plazo.

Los objetivos de la SPR para el BPSO de Cuidados a Largo Plazo eran los siguientes:

- Mejorar el conocimiento del personal en la implantación de las Guías.
- Revisar y corregir los programas de cuidado de residentes relacionados con las caídas, el uso de contenciones y el dolor.
- Aumentar la conciencia y prevenir el abuso y la negligencia para garantizar la seguridad de los residentes.
- Compartir conocimientos y aprender de los compañeros para mejorar los servicios de Enfermería.
- Desarrollar la capacidad del personal para participar en la implantación de Guías.

- Revisar e identificar los indicadores de calidad relacionados con las Guías seleccionadas para su implantación.
- Desarrollar planes de mejora de la calidad, evaluar y mejorar los programas, políticas y procesos para lograr mejores resultados para los residentes, las familias y el personal.

Uno de los primeros pasos en la experiencia de la predesignación fue nombrar a un intermediario BPSO de Cuidados a Largo Plazo y a un comité directivo interno responsable ante el equipo directivo superior. Con carácter consultivo, el comité se encargó de sentar las bases del cambio y de aplicar las estrategias descritas en el marco de trabajo de Conocimiento para la acción y en la *Herramienta: Implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (RNAO, 2012b; Straus et al., 2013).

El comité directivo estuvo muy involucrado: participó en reuniones regulares presididas por el intermediario del BPSO de Cuidados a Largo Plazo, asegurándose de que el BPSO siguiera siendo una prioridad, contribuyendo a la toma de decisiones e informando sobre los hitos alcanzados (y dándoles reconocimiento).

El interés del personal por convertirse en Impulsores de buenas prácticas de RNAO creció mucho más allá del grupo objetivo inicial de enfermeras. Los niveles de participación de los miembros del comité de mejora de la calidad también fueron altos. Tanto los Impulsores como los miembros de los comités fueron responsables del desarrollo y la evaluación de los programas; de la revisión anual de las políticas y los programas; y de asegurar las buenas prácticas a través de la realización de análisis de deficiencias, la implantación de cambios en las prácticas, la facilitación de la formación y la realización de auditorías y retroalimentación.

CAMBIOS EN LA PRÁCTICA Y RESULTADOS EN SALUD DE LOS RESIDENTES

A través de la implantación de las Guías se establecieron cambios significativos en la práctica. El equipo lo logró utilizando las recomendaciones para las políticas y la organización y las recomendaciones para la formación incluidas en las Guías relevantes, de manera que se pudieran revisar las políticas y los procedimientos, mejorar o desarrollar nuevas estructuras, proporcionar formación y crear nuevas herramientas y procesos. Estos cambios incluyeron áreas relacionadas con las Guías clínicas y de entornos laborales saludables y se expandieron a otras áreas de atención y de servicios. Algunos ejemplos incluyen la implantación de las recomendaciones de las Guías de entornos laborales saludables en el comité de salud y seguridad conjunto, el programa de bienestar de los empleados y el programa de transporte del centro.

Los datos de los indicadores de calidad RAI-MDS demostraron una mejora significativa en los resultados en la salud de los residentes en todas las Guías implantadas. Por ejemplo, el número de caídas de residentes disminuyó del 21,2% al 16,7% entre junio de 2015 y abril de 2017 y sigue disminuyendo. En conjunto con una disminución en las caídas, una mejora en el porcentaje de residentes con contenciones físicas diarias disminuyó simultáneamente de 2,1% a 0,6% en el mismo intervalo de tiempo.

BENEFICIOS PARA LAS ORGANIZACIONES, EL SECTOR DE CUIDADOS A LARGO PLAZO Y EL SISTEMA

El cambio más significativo a través de este proceso fue el cambio cultural en el uso de la evidencia en la práctica y el mantenimiento del cambio en la práctica. La comunidad reconoce a la SPR por los principales logros asociados con la designación de BPSO de Cuidados a Largo Plazo que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Una revista nacional publicó un manuscrito titulado *Transformational Leadership at the Point of Care: Approaches and Outcomes in a Long-Term Care Setting* (Liderazgo transformacional en el punto de atención: enfoques y resultados en un entorno de cuidados a largo plazo (Karimi, Mills, Clavert y Ryckman, 2017).
- Como parte de la implantación de la Guía sobre liderazgo en Enfermería, la SPR desarrolló un programa interno de mentores para el personal. En una conferencia nacional de Enfermería se presentó un póster sobre el programa de mentores.
- Se sigue invitando a la SPR para presentar en múltiples conferencias y eventos y para asesorar a otras residencias de cuidados de larga duración en la implantación de Guías, el desarrollo de los Impulsores y el liderazgo en el punto de atención.
- La SPR es miembro de un grupo de trabajo internacional con múltiples universidades para desarrollar una agenda de investigación para entender cómo mantener la cultura de la práctica basada en la evidencia.

REFLEXIÓN

Considere cómo la implicación de la Residencia Saint Peter de cuidados a largo plazo como BPSO tuvo un impacto en su adopción de Guías y contribuyó a unos resultados positivos para los residentes, el personal y la organización en su conjunto. ¿Cree que la SPR es una organización basada en la evidencia?

CONCLUSIÓN

La Iniciativa de Buenas Prácticas de Cuidados a Largo Plazo se formalizó como un programa bajo la dirección de RNAO en 2008, tras un exitoso proyecto piloto de tres años de duración. Desde entonces, ha crecido hasta convertirse en un ejemplo de una estrategia de ampliación que ha servido para crear culturas de práctica basadas en la evidencia y ofrecer mejores resultados clínicos. A través del Programa de Buenas Prácticas de Cuidados de Larga Duración, y en particular con el trabajo de los coordinadores de buenas prácticas centrado en el desarrollo de la capacidad individual y organizativa, más residencias de cuidados de larga duración esperan ahora que todo el personal utilice la evidencia en su toma de decisiones y han establecido que este sea el *modus operandi* tanto para los miembros del personal regulado como para los no regulados.

Además, la ampliación de la estrategia de implantación de las Guías al nivel meso específico, la designación de BPSO, fue posible gracias a su adaptación al sector de los cuidados a largo plazo. La designación de BPSO de Cuidados a Largo Plazo, que se está extendiendo rápidamente en este sector, ha demostrado ser muy prometedora para mejorar los resultados para los residentes y sus familias, mejorar la calidad de la atención prestada por el personal de Enfermería y otros profesionales e inspirar al personal para que adopte la práctica basada en la evidencia, lo que ha conducido a un cambio cultural en el sector.

MENSAJES CLAVE

- Los enfoques multifacéticos, a nivel individual (micro), organizacional (meso) y de sistemas (macro), son necesarios para permitir la ampliación del cambio de práctica dentro de un sector.
- La implantación de las Guías en el sector de los cuidados a largo plazo puede tener un impacto positivo y significativo en los resultados de los residentes, proveedores de atención y organizaciones.
- Los programas de implantación de Guías a nivel meso, como la designación de BPSO, que se basan en los principios de la ciencia de la implantación, pueden adaptarse y ampliarse con éxito para abordar el contexto de sectores específicos, en este caso, los cuidados a largo plazo.

REFERENCIAS

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, *29*(3), 11–12.

Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2016). Your health system: Restraint use in long-term care details for Extendicare Ontario. Retrieved from https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/indepth;jsessionid=eSApTV8b+-JOTqGIIoSQcpE+j.yhs?lang=en#/overall/O99187/4/

Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2017, May 31). Canadian Institute for Health information. Retrieved from https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports

Haines Centre for Strategic Management. (2007). The natural cycles of life and change. Retrieved from http://hainescentre.com/rollercoaster/

Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: The role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, *37*(6), 577–588.

Holmes, C., & Warner, N. (2013). RNAO's new nursing orientation e-Resource for long-term care. *Long Term Care*, 12–14.

Karimi, B., Mills, J., Clavert, E., & Ryckman, M. (2017). Transformational leadership at the point of care: Approaches and outcomes in a long-term care setting. *Canadian Nursing Home*, 4–7.

Le, S., & Faubert, B. (2016, Winter). Tilbury Manor implements Best Practice Guidelines to improve resident care and create a healthy work environment. *Best Practices in Long-Term Care*, 1–2. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/LTC_BPP_Newsletter_Winter_2016_FINAL.pdf

Legare, F. (2009). Assessing barriers and facilitators to knowledge use. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (pp. 83–93). Oxford, UK: Wiley-Blackwell/BMJI Books.

Mangham, I. J., & Hanson, K. (2010). Scaling up in international health: What are the key issues? *Health Policy and Planning, 25*(2), 85–96.

McGuire Associates. (2014). *Long-term care best practices program: Phase I evaluation report.* Mississauga, ON: McGuire Associates.

McGuire Associates. (2015). *Long-term care best practices program: Phase II evaluation report.* Mississauga, ON: McGurie Associates.

Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) Ontario. (2016). *Long-term care utilization report.* Toronto, ON: Ministry of Health and Long-Term Care.

Nursing Health Services Research Unit (NHSRU). (2007a). *Promoting awareness & uptake of Best Practice Guidelines in long-term care: A process evaluation—Summary of phase I finding*. Toronto, ON: Nursing Health Services Research Unit.

Nursing Health Services Research Unit (NHSRU). (2007b). *Promoting awareness and uptake of best practices in long-term care—An impact evaluation.* Toronto, ON: Nursing Health Services Research Unit.

Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors. (2015). *The need is now: Addressing understaffing in long-term care—Provincial budget submission.* Toronto, ON: Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors.

Patten, L. (2017). Organizing and empowering staff to find solutions. *Senior Care Canada*, *Third Quarter 2017*, 6–8.

Queen's Printer for Ontario. (2007). *Long-Term Care Homes Act*, *2007*, *S/O. 2007*, *c.8.* Retrieved from https://www.ontario.ca/laws/statute/07l08

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002, 2007 Supplement). *Assessment and management of pain*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005, 2011 Supplement). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006). *Client centred care*. Toronto, ON, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2008, November). *Best Practices in Long-Term care.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Newsletter_-_Fall_2008.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a). *Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013a). *Assessment and management of pain* (3rd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013b). *Developing and sustaining nursing leadership* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014). *Preventing and addressing abuse and neglect of older adults: person-centred*, *collaborative*, *system-wide approaches.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015a). *Long-term care best practices toolkit* (2nd ed.). Retrieved from http://ltctoolkit.rnao.ca/

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015b). *Person- and family-centred care.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2016, December 7). *LTC - Best Practice Spotlight Organization designation request for proposals.* Retrieved from Registered Nurses' Association of Ontario: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_LTC-BPSO_Cohort_D_-_FINAL.pdf

Sarayreh, B., Khudair, H., & Barakat, E. (2013). Comparative study: The Kurt Lewin of change management. *International Journal of Computer and Information Technology*, *2*(4), 627–629.

Straus, S., Tetroe, J., & Graham, I. (Eds.). (2013). *Knowledge translation in health care* (2nd ed.). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Wood, C. (2017, Winter). Alternatives to the use of restraints: A long-term care home's experience. *Best practices in long-term care*, p. 5. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/LTC_BPP_Newsletter_Winter_2017_Feb_3.pdf

UNIDAD

4

INSPIRAR Y GESTIONAR LA IMPLANTACIÓN A ESCALA GLOBAL

12 LA DIFUSIÓN GLOBAL DE LAS GUÍAS DE RNAO: LA SOSTENIBILIDAD Y FIDELIDAD DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO 287

13 BPSO HOST: UN MODELO DE EXPANSIÓN GLOBAL 319

14 SUPERAR LAS DIFERENCIAS DE CONTEXTO Y DE IDIOMA: LOS BPSO PIONEROS EN CHINA 333

15 LA EXPERIENCIA BPSO LATINOAMERICANA: UN MODELO DE CONSORCIO 359

CAPÍTULO

12

LA DIFUSIÓN GLOBAL DE LAS GUÍAS DE RNAO: LA SOSTENIBILIDAD Y FIDELIDAD DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO

Irmajean Bajnok, PhD, MScN, BScN, RN
Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD(hon), Dr(hc), O.ONT
Valerie Grdisa, PhD, MS, BScN, RN

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Describir los factores clave que han contribuido a la difusión generalizada de las Guías de RNAO basadas en la evidencia.
- Identificar cómo la Designación de los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO) es crítica para la difusión por parte de RNAO de las Guías de Buenas Prácticas (Guías) a nivel meso y macro.
- Diferenciar entre un BPSO Directo y un BPSO Host y relacionar los modelos con la difusión de la teoría de innovación, la sostenibilidad y la fidelidad.
- Describir las estrategias clave que se utilizan para garantizar la fidelidad de la designación de BPSO, ya que está operativa en diferentes contextos en todo el mundo.
- Analizar los elementos de un Modelo de Formador de Formadores (FDF) efectivo y cómo se reflejan en el Modelo Internacional de FDF de BPSO de RNAO.

INTRODUCCIÓN

Como se analizó en capítulos anteriores, RNAO desarrolló un programa de firma dedicado a tener un impacto en la práctica de las enfermeras a través del uso de la mejor evidencia para mejorar los resultados en salud de los pacientes. El Programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO, lanzado en 1999, produce guías rigurosamente desarrolladas y basadas en la evidencia que transforman los mejores y últimos conocimientos de investigación en herramientas listas para que el personal clínico las utilice. Al mismo tiempo, RNAO dirige un programa de difusión e implantación de estas guías en la práctica y en el ámbito académico y ayuda a los usuarios a evaluar los resultados. A lo largo de los años, se han utilizado varias estrategias para apoyar la divulgación y difusión de este trabajo, de manera que las Guías de RNAO son reconocidas como un movimiento global en el campo de la salud (Health Council of Canada, 2012; Grinspun, Melnyk, & Fineout-Overholt, 2014; Bajnok, Grinspun, Lloyd, & McConnell, 2015; Gardner, 2010; Grinspun, Lloyd, Xiao, & Bajnok, 2015; Jordan, 2005).

En este capítulo se analiza por qué el Programa de Guías de RNAO ha logrado un cambio sostenido y una amplia difusión mundial. Comparamos y contrastamos los elementos principales de Rogers (2003) con los aspectos clave del Programa de Guías de RNAO que han sido fundamentales para su éxito. Al hacerlo, discutimos la difusión, la sostenibilidad y la fidelidad del programa, atributos críticos a considerar en cualquier iniciativa global a gran escala. Destacamos las oportunidades y los desafíos y cómo RNAO los está abordando ahora y en el futuro para fortalecer las cualidades que han impulsado al Programa de Guías a convertirse en un movimiento global en la práctica basada en la evidencia. Esto es particularmente importante para otros que buscan influir en la difusión de un programa que, como el Programa de Guías de RNAO, ha sido adoptado en diferentes sectores de servicios y académicos, ubicaciones geográficas, contextos y culturas de todo el mundo.

REFLEXIÓN

Al leer este capítulo, considere cómo la participación de una asociación profesional ha influido en el éxito del movimiento de la práctica basada en la evidencia en todo el mundo.

LA DIFUSIÓN DE LA INNOVACIÓN DE ROGERS Y EL ÉXITO DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE RNAO

La difusión de la innovación es un desafío milenario, reconocido por primera vez como un concepto sociológico a finales del siglo XVIII y ampliado en el ámbito de la sociología rural a mediados del siglo XIX (Kinnunen, 1996). Everett Rogers, profesor de sociología rural, avanzó el fenómeno a través de una extensa síntesis de investigación en esta área y publicó su teoría de la adopción de la innovación en una publicación pionera, *Difusión de innovaciones* (Rogers, 1962). Desde entonces, ha revisado el modelo de difusión a lo largo del tiempo (Rogers y Shoemaker, 1971; Rogers, 1983; Rogers, 1995), con la última iteración publicada en 2003 (Rogers, 2003). También se ha perfeccionado y ampliado a campos distintos de la sociología (Berwick, 2003; Greenhalgh, Robert, Bate, Macfarlane y Kyriakidou, 2005; Meyer, 2004).

La difusión sigue siendo una búsqueda constante para quienes aspiran a promover la adopción de nuevas ideas, especialmente a nivel de sistemas (Greenhalgh et al., 2004). En el ámbito de la atención sanitaria, la difusión de la innovación se ha identificado como un reto urgente que requiere una gran atención (Melnyk, 2017). Archie Cochrane señaló por primera vez el impacto negativo de no integrar la evidencia en la práctica en su publicación más influyente de 1973, *Efectividad y eficiencia*, donde criticó fuertemente la falta de evidencia fiable detrás de muchas de las intervenciones de atención sanitaria comúnmente aceptadas en ese momento. Han pasado más de 40 años y sigue siendo motivo de gran preocupación que la nueva generación de conocimientos estudiados a una velocidad vertiginosa por parte de investigadores sanitarios de talla mundial aún no haya sido adoptada por los profesionales sanitarios para su uso diario (Berwick, Godfrey y Roessner, 1991, 2002; Grinspun et al., 2014; Melnyk, 2017; Van Achterberg, Schoonhoven y Grol, 2008).

LOS ELEMENTOS DE DIFUSIÓN: FACTORES Y CARACTERÍSTICAS

Rogers (2003) analiza cuatro factores que influyen en la difusión de una innovación:

- La innovación en sí misma
- Los medios de comunicación
- El tiempo
- El sistema social

Rogers (2003) también identifica seis características de las innovaciones que determinan entre el 49% y el 87% de la variación en su adopción:

- Ventaja relativa
- Compatibilidad con los valores y prácticas existentes
- Grado de complejidad y facilidad de uso
- Posibilidad de ensayo
- Resultados visibles
- Transferibilidad

La Figura 12.1 muestra estos factores y características.

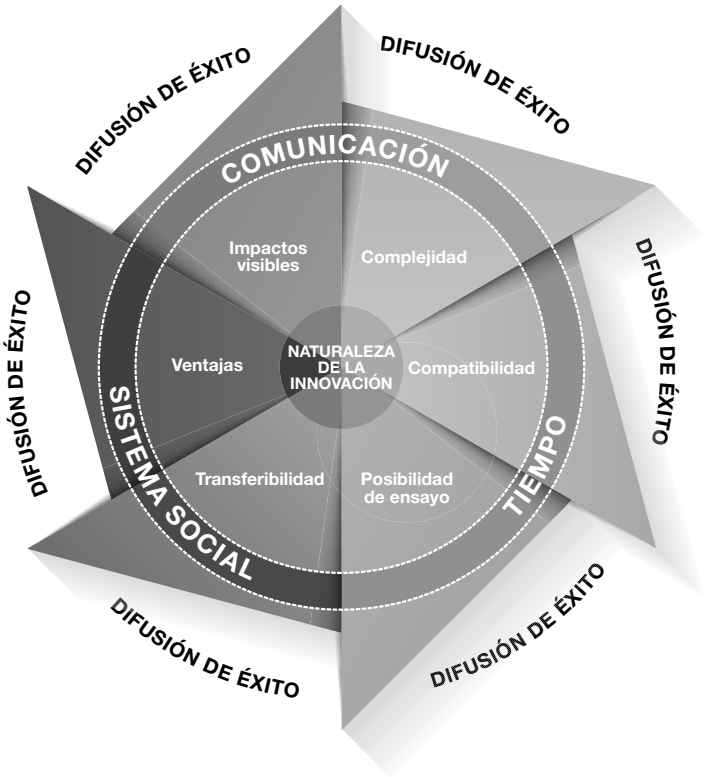


FIGURA 12.1 Modelo de difusión de la teoría de la innovación, adaptado por RNAO de Rogers (2003). Usado con permiso.

A continuación, se discute el Programa de Guías de RNAO, incluyendo su estrategia de implantación más transformadora a nivel meso (la designación BPSO), paralelamente a nuestro éxito con los elementos clave de Rogers de difusión y adopción de la innovación.

LA INNOVACIÓN EN SÍ

Según Rogers (2003) y otros (Greenhalgh et al., 2004, 2005), la naturaleza de la innovación es un factor crítico en su adopción. Aquellos involucrados en la ciencia de la implantación necesitan integrar las características de las innovaciones que tienen éxito (ventaja relativa, compatibilidad, complejidad, posibilidad de ensayo, resultados visibles y transferibilidad) en sus esfuerzos de planificación e implantación. El Programa de Guías, como una innovación de éxito, ejemplifica estas características (Health Council of Canada, 2012).

Ventaja

En primer lugar, Rogers (1983) indica que es probable que las innovaciones que demuestran eficiencias percibidas, o que muestran alguna *ventaja* en comparación con el sistema actual, se enfrenten con menos resistencia. En el caso de las Guías, estas han sido percibidas como altamente ventajosas para las organizaciones de salud y los profesionales de la salud en todas las funciones para abordar las mejoras de calidad necesarias. Esto ha sido validado por nuestros primeros adoptantes en el Capítulo 7, así como por otros (Jeffs, Lo, Beswick y Campbell, 2013). Con las Guías y los apoyos relacionados ofrecidos por RNAO, los adoptantes tienen un programa tangible, herramientas basadas en la evidencia y una metodología sistemática (RNAO, 2012) para abordar la implantación de la mejor evidencia y resolver algunos de las cuestiones más difíciles en la atención de la salud (lesiones por presión, caídas, dolor, abandono del hábito de fumar y tasas de lactancia materna) (Athwal et al, 2014; Gifford y otros, 2016; Jennings, O'Neil, Bossy, Dodman y Campbell, 2016; Johnson-Bhatti, Case y Shaikh, 2017; Rempel y McCleary, 2012). La evidencia detrás de las recomendaciones clave de las Guías demuestra claramente los resultados deseados (ventajas) para los pacientes, los proveedores de salud y el sistema.

Compatibilidad

La segunda característica de Rogers (2003), la *compatibilidad*, sobre cómo se relaciona la innovación con el sistema preexistente, es evidente en las Guías y en cómo se estructuran las recomendaciones para su implantación. Dado que las guías incluyen recomendaciones sobre la práctica, la formación y las políticas de la organización (Grinspun et al., 2014), es probable que algunas de estas estructuras, procesos y prácticas ya estén en funcionamiento. A través de un análisis de las deficiencias, un método de análisis de lo que ya se está llevando a cabo en comparación con las buenas prácticas recomendadas (RNAO, 2012), los equipos de implantación de las Guías identifican qué parte de lo que están haciendo coincide con las buenas prácticas y qué necesitan hacer (Patten, 2017). Invariablemente, algunas recomendaciones ya están siendo implementadas, ya sea de manera total o parcial, creando una actitud de "podemos hacerlo". Basándose en su evaluación, se puede desarrollar una guía para lo que se va a mantener, fortalecer o implantar de nuevo (Bajnok et al., 2015; Grinspun et al., 2015). Esto hace que el nuevo conocimiento sea compatible con el sistema actual y "tenga sentido" tanto para los gerentes como para los clínicos y facilite la adopción de las Guías (Rogers, 2003). Los tres tipos de recomendaciones también proporcionan un modelo de cómo el cambio en la práctica puede tener éxito con el apoyo de políticas apropiadas y una formación específica.

Además, otro factor de compatibilidad de las enfermeras de atención directa, el verdadero público meta de las Guías, es que esta innovación se centra en "lo que hacen": su trabajo con los pacientes. En muchos casos, las innovaciones en la atención sanitaria carecen de relevancia para la enfermera de atención directa. Ese nunca es el caso con las Guías, y a los clínicos les encanta.

Complejidad

En tercer lugar, la Teoría de la Innovación refuerza que el nuevo producto no debe ser demasiado complejo y/o debe ser fácil de aprender. La *complejidad*, especialmente en ausencia de recursos de aprendizaje visibles, es una barrera importante para el cambio (Heath & Heath, 2010). En consonancia con esta característica, RNAO se centra en hacer que la práctica basada en la evidencia sea significativa, fácil y agradable de aprender. Los programas de Impulsores de Guías se organizan y se facilitan en toda la provincia de Ontario y también se llevan a cabo en numerosos sitios en todo Canadá y todos los BPSO del mundo. RNAO invitó a las enfermeras a participar en los talleres de Impulsores de Guías y atrajo a los primeros innovadores y adoptantes (Rogers, 2003). Estos Impulsores abrazan con entusiasmo el nuevo conocimiento, son embajadores del cambio con sus pares y saben cómo transmitir la información de manera que pueda ser fácilmente comprendida (Ploeg et al., 2010).

En 2002, RNAO publicó su primera herramienta de implantación, que fue revisada en 2012; es un recurso muy popular que incorpora los principios de la ciencia de la implantación (RNAO, 2002, 2012) y un proceso paso a paso para la implantación de las Guías. En 2003, RNAO inauguró su mundialmente conocido Instituto de aprendizaje de Guías, un evento de 5 días lleno de transferencia de conocimientos, oportunidades de aplicación y creación de redes. El instituto utiliza metodologías de enseñanzas dinámicas y atractivas y principios de aprendizaje de adultos que hacen que el aprendizaje sobre la práctica basada en la evidencia y las Guías sea muy significativo, efectivo y divertido.

Posibilidad de ensayo

La cuarta característica de Rogers (2003) es la *posibilidad de ensayo* de la innovación, en la que el destinatario objetivo solo quiere probarla, examinarla o dar un pequeño paso. En este sentido, RNAO forma a las organizaciones para comenzar con la primera Guía y para "probarla" en una unidad o con un equipo, luego revisarla y mejorarla desde allí. Se anima a los Impulsores a trabajar con un compañero a la vez, ayudándoles a entender lo que la práctica basada en la evidencia y la implantación de la Guía podría significar para sus pacientes y también para su propio sentido de satisfacción como profesional de Enfermería (Ploeg et al., 2010). RNAO dispone de una serie de canales de comunicación (boletines, redes, seminarios web, teleconferencias de intercambio de conocimientos) a través de los cuales las organizaciones pueden compartir los resultados de sus ensayos y las lecciones aprendidas y difundir aún más la innovación.

Impacto visible

En quinto lugar, una buena innovación debe *mostrar resultados*, lo cual es un combustible increíble para continuar y sostener la innovación (Rogers, 2003). RNAO requiere que se preste atención a la evaluación desde el principio en la aplicación de las Guías (RNAO, 2012). Se ayuda a las organizaciones a identificar datos de referencia para que puedan medir su progreso. También alentamos el establecimiento de metas realistas, reconociendo que el cambio de práctica en el cuidado de la salud tiene una historia de hasta 17 años (Morris, Wooding, & Grant, 2011). Ayudamos al personal a centrarse en pequeños pasos de cambio (Grol, Wensing, Eccles y Davis, 2013; Heath y Heath, 2010; Kotter, 2012), comenzando con la conciencia, el conocimiento, el cambio de la práctica del proveedor de atención en salud y, a continuación, los resultados en la salud del paciente.

Con tal enfoque en el dominio clínico de la Enfermería, las enfermeras tienen un estímulo sobre su práctica, tienen un lenguaje de las Guías con el cual explicar su trabajo y sienten una creciente confianza en comprender la base de conocimientos de su profesión y la evidencia que hay detrás de sus intervenciones. Una vez que estos resultados y más mejoras son evidentes para los que adoptan la Guía, incluyendo tasas más altas de retención; menos variabilidad en la atención que resulta en ahorros de costos; y mejores resultados en salud para los pacientes, como la reducción de caídas y lesiones por caídas (Davies, Edwards, Ploeg y Virani, 2008; Irlanda, Kirkpatrick, Boblin y Robertson, 2013), la adopción se convierte en un imperativo.

Rogers (2003) también discute la visibilidad de la innovación o cuán tangible es. Para que las Guías sean más tangibles, todas las sesiones y recursos educativos definen una Guía, por lo que hay una clara comprensión de lo que es una Guía (Jeffs, Beswick, Lo, Campbell, Ferris, & Sidani, 2013). Además, en las etapas iniciales de adopción, aunque RNAO había desarrollado un sitio web de Guías de última generación, nos animaron mucho los innovadores que lo utilizaron por primera vez para tener copias impresas de las Guías. Indicaron que era importante que las enfermeras pudieran sostener una Guía en sus manos y tenerla disponible para cogerla y utilizarla.

Transferibilidad

La sexta característica de una innovación efectiva, la *transferibilidad*, o de un uso más allá del propósito inicial, es importante mencionarla aquí debido a su impacto con la innovación de las Guías. Esta última característica también puede verse como el grado en que la innovación se extenderá a otras situaciones y puede reinventarse para otros usos (Rogers, 1962, 2003). En el caso de las Guías, hay muchos otros impactos que resultan de la participación en el Programa de Guías y tres de ellos se destacan en la siguiente discusión.

REFLEXIÓN

¿Cómo ha experimentado las características de una innovación aplicada a las Guías de RNAO? ¿Cómo ha contribuido esto a la difusión de las Guías en su lugar de trabajo?

En primer lugar, la Herramienta de implantación de RNAO (2002), y su segunda edición (2012), y las muchas estrategias de transferencia de conocimientos aprendidas por los clínicos como parte de la ciencia de la implantación, son útiles en otras tareas relacionadas con el hecho de trabajar en un sistema de salud que cambia rápidamente. Esto significó que las enfermeras fueran elegidas con mayor frecuencia para liderar otras iniciativas de cambio en sus lugares de trabajo. La herramienta de implantación también se ha convertido en un recurso didáctico utilizado por el profesorado en entornos académicos. En segundo lugar, con la introducción de los Impulsores de Guías, los líderes de Guías y las muchas oportunidades para que las enfermeras participen y se involucren en las redes de desarrollo e implantación de las Guías, se ha producido un rápido crecimiento de la capacidad de liderazgo en la profesión de Enfermería. Las enfermeras a mitad de carrera, en particular, lo han acogido con agrado por las numerosas oportunidades de desarrollo profesional que ofrece. En tercer lugar, debido a que muchas de las recomendaciones de las Guías se dirigen a otros miembros del equipo interprofesional, facilitan las relaciones interprofesionales y fomentan la atención interprofesional (McKeown, Woodbeck y Lloyd, 2014).

Resumen de las características de la innovación

Las Guías de RNAO cumplen con las características de una innovación de éxito. Algunas características son innatas a la innovación, como el enfoque clínico magnético de las Guías. Otras son por diseño, ya que RNAO crea enfoques para el desarrollo, la implantación y la evaluación de guías que hacen que los recursos de las Guías sean "fáciles de difundir".

El trabajo de Rogers (2003) refuerza la necesidad de que las innovaciones cumplan con las características anteriores; sin embargo, la naturaleza de la innovación por sí sola no es suficiente para una aceptación sostenida, ya que todavía existen los factores de comunicación de la innovación, el marco temporal y el sistema social, que deben ser considerados. Estos tres factores se abordan a continuación en relación con la buena difusión que lleva a cabo RNAO de sus Guías.

COMUNICACIÓN

La comunicación es extremadamente importante para trasladar la idea de una innovación al sistema a través de diversos medios de compartir información y promover su valor. Según la teoría de la difusión, son necesarias dos etapas de comunicación: una más general y difundida a través de los medios de comunicación y

otra más dirigida, generalmente de persona a persona. Esto ayuda al potencial adoptante a pasar de la concienciación a la evaluación de la innovación y, finalmente, a la adopción (Ghoshal & Bartlett, 1988; Rogers, 1983, 2003).

RNAO construyó poderosos canales de comunicación para avanzar en la innovación de su Guías. El proceso de desarrollo de Guías en sí es un canal de comunicación porque involucra a una amplia gama de partes interesadas, desde el panel de expertos hasta los revisores del borrador de la guía antes de su publicación, y la amplia difusión de la guía una vez publicada tanto en forma impresa como en la web.

Las Guías tienen la marca de RNAO, en la que destacan los nombres de los miembros del panel de expertos y de todos los revisores de los grupos interesados, incluyendo fotografías de enfermeras de atención directa en situaciones prácticas. Esto sirve tanto para reconocer todo lo que han contribuido, ayudando a nuestra identidad colectiva (un término discutido en el Capítulo 1 y más adelante en este capítulo), como para avanzar en la difusión del programa. Se utilizan varias formas de comunicación masiva para todas las enfermeras, otros proveedores de atención en salud y partes interesadas, incluidos los líderes del gobierno y el público en general, incluyendo la revista de RNAO *Registered Nurse Journal* (Punch, 2016); el boletín en línea; los comunicados de prensa; las noticias; las publicaciones; las presentaciones en eventos locales, nacionales e internacionales; y las oportunidades de aprendizaje continuo que siempre incluyen las Guías.

Por ejemplo, cada año durante la Semana de la Enfermería, RNAO organiza conjuntamente, en asociación con los BPSO, una serie de eventos en los medios de comunicación para mostrar el liderazgo de la Enfermería en la práctica basada en la evidencia, presentando el impacto de la implantación de las Guías en los pacientes y sus familias (RNAO, 2015b, 2016a, 2017b). RNAO y las organizaciones de la salud que implantan las Guías también están muy presentes en los medios de comunicación, a través de la presentación regular de cartas al editor que responden a cuestiones sanitarias clave como la lactancia materna, la demencia, la diabetes, el control del dolor y el síndrome de muerte súbita del lactante. De esta manera, se proporciona información importante al público sobre las buenas prácticas relacionadas con el respectivo tema y cómo las enfermeras las están utilizando con resultados demostrados (Bajnok, 2008; Brundage, 2008; Virani, 2007).

Además, RNAO utiliza su imponente presencia en los medios de comunicación para organizar eventos de prensa cuando inicia y/o difunde determinadas Guías de gran interés público, como la Guía de abuso de las personas mayores (RNAO, 2014) y la Guía de los servicios supervisados de inyección (RNAO, 2016b). Nuestros BPSO alrededor del mundo han aprendido a utilizar los medios de comunicación como un canal de comunicación influyente para reforzar la Enfermería como una profesión de conocimiento que hace grandes contribuciones a los resultados positivos de salud. En Pekín, China, el lanzamiento de sus BPSO fue publicitado en ambos sitios web con el fin de mostrar este hito para la Enfermería (China Care Management, 2015; Escuela de Enfermería, Universidad de Medicina China de Beijing, 2017). En Colombia, se realizó una auditoría de BPSO en los medios de comunicación (Vanguardia, 2017).

Los canales de comunicación de persona a persona también están involucrados, incluyendo Impulsores, miembros del panel de expertos, formadores, líderes de BPSO y socios de RNAO y todos ellos participan en la comunicación entre pares sobre las guías disponibles y su uso e impacto. El estatus de asociación profesional de RNAO proporciona un alcance inmediato a todos los miembros a través de secciones y regiones y a aquellos miembros de otras organizaciones similares. A través de estos medios, las Guías de RNAO se han convertido en herramientas creíbles, rigurosamente desarrolladas y fáciles de usar, con resultados probados (Davies et al., 2008).

TIEMPO

En toda actividad de difusión, el tiempo es un factor crítico. Rogers (2003) lo discute como la *tasa de adopción*, básicamente cuánto tiempo se tarda en pasar de la conciencia a la adopción y al uso completo, y también desde el momento en que el producto se comercializa por primera vez hasta que puede estar fácilmente disponible. Como se identificó en la exploración temprana del fenómeno de difusión, la adopción puede ocurrir durante un largo

periodo después de la introducción de la innovación (Ryan & Gross, 1943). Sin embargo, RNAO ha aprendido que, en la mayoría de los casos con el lanzamiento de una Guía en particular, pronto le sigue una buena disposición, y de hecho en muchos casos esta ya es aparente. El enfoque de RNAO, desde el inicio del programa, sobre los temas clínicos críticos en Enfermería y en salud como una guía para el desarrollo de las prioridades de las Guías influye en gran medida en la preparación y, por lo tanto, en la adopción (Grinspun, Virani y Bajnok, 2002).

RNAO es plenamente consciente de la necesidad de ser ágiles cuando las organizaciones están preparadas para adoptar las Guías, así que hacemos que sean muy accesibles en el sitio web y en copia impresa. Las herramientas de implantación se envían a los centros que lo soliciten y se forma a los Impulsores de las Guías, con el seguimiento de RNAO para mantener el ímpetu. Otros aspectos del tiempo tienen que ver con el proceso de desarrollo de las Guías, que se ha reducido considerablemente de 24 a 14 meses. Una vez que se lanza una Guías que refleja un problema importante en la atención sanitaria en la fase de desarrollo, existe un gran interés en su disponibilidad por parte de las enfermeras y otras partes interesadas. En nuestro caso, cuanto más corto sea el tiempo de desarrollo, mayor será la preparación para la adopción y la difusión de éxito.

El paso del tiempo ha sido más evidente en la adopción internacional de las Guías. A través de diversas redes y canales de comunicación, como el sitio web de Guías de RNAO, conferencias internacionales y publicaciones, las enfermeras de otros países comenzaron a adoptar las Guías en su trabajo y estaban listas para convertirse en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO) cuando se presentó la oportunidad.

EL SISTEMA SOCIAL

El factor final es el sistema social, o el conjunto de unidades interrelacionadas que se dedican a la resolución conjunta de problemas para lograr un objetivo común (Rogers, 1983; Strang & Soule, 1998). Rogers sostiene que los valores y la cultura del sistema social influirán en el grado y la velocidad de adopción de una innovación (Rogers, 1983, 2003). Básicamente, el sistema social es un guardián y acepta o rechaza las innovaciones basadas en valores y normas. El perfil de RNAO como asociación profesional de enfermeras, enfermeras especialistas y estudiantes de Enfermería, y como defensora fiable en el sistema de salud de la calidad de la atención basada en la evidencia, significa que entiende bien los sistemas sociales de Enfermería y atención sanitaria.

El hecho de que una organización como RNAO se comprometa a liderar este trabajo para la profesión en Ontario es bien recibido por los sistemas de Enfermería y salud. El sistema social en todos los niveles es abordado por RNAO en el trabajo de desarrollo e implantación de las Guías. Por ejemplo, desde el principio, los objetivos de los usuarios de las Guías fueron amplios, con recomendaciones desarrolladas para los profesionales, educadores, administradores, organizaciones y responsables de la formulación de políticas del sistema. Por lo tanto, las Guías fomentan la plena participación de todos los elementos del sistema social. Además, RNAO anima activamente a los líderes de opinión, Impulsores y otros líderes de las Guías en las organizaciones a realizar análisis de los grupos interesados con el fin de determinar el grado de apoyo e influencia de la innovación en la adopción de las Guías (Baker et al., 1999; Legare, 2009). Todas estas actividades refuerzan cómo el sistema social es un facilitador en relación con la difusión de las Guías.

REFLEXIÓN

¿Puede identificar cómo RNAO utilizó con éxito la teoría de la difusión en sus planes de desarrollo, difusión y apoyo a la adopción de las Guías?

La narración anterior proporcionó un análisis en profundidad del Programa de Guías de RNAO y sus Guías utilizando los factores clave de Rogers (2003) que influyen en la difusión de una innovación. Se incluye un análisis de las características específicas de las innovaciones de éxito que se aplican al programa y a las Guías, como la innovación. El análisis del Programa de Guías utilizando los *factores de difusión* se presenta de forma resumida para el lector en la Tabla 12.1. En la Tabla 12.2 se presenta un resumen de cómo las Guías de RNAO y la designación BPSO reflejan las *características de las innovaciones de éxito*.

TABLA 12.1 CUADRO COMPARATIVO EL PROGRAMA DE GUÍAS DE RNAO CON LOS FACTORES DE DIFUSIÓN DE ROGERS (2003)

LA DIFUSIÓN DE LA TEORÍA DE LA INNOVACIÓN DE ROGERS: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DIFUSIÓN	PROGRAMA DE GUÍAS DE RNAO Y GUÍAS
La innovación es una idea, entidad o práctica percibida como nueva por la unidad de adopción (individuo, organización u otra unidad) (Rogers, 1983).	■ El Programa de Guías de RNAO con Guías basadas en la evidencia, como la innovación, fue una nueva entidad en la profesión de Enfermería a principios de la década de 2000, que requería un cambio en la práctica. En la Tabla 12.2 se muestra cómo esta innovación refleja las características de una difusión de éxito o lo que ahora se denomina extensión.
Los adoptantes son individuos, u organizaciones, partes o la totalidad de un sistema social (Meyer, 2004). En la teoría de Rogers (1983) se clasifican, según el momento y el grado de adopción, como innovadores, primeros adoptantes, mayoría temprana, mayoría tardía y rezagados.	■ Los adoptantes son individuos (nivel micro) atraídos a través de la Red de Impulsores de Guías y nuestros poderosos canales de comunicación. Muchos son innovadores y adoptantes tempranos que defienden las Guías ante otros en varias categorías de adopción: mayoría temprana, mayoría tardía y rezagados (Rogers, 1983). ■ Otros adoptantes, atraídos por la designación de BPSO, son los centros BPSO a nivel meso y los BPSO Host a nivel macro.

Los canales de comunicación son los medios por los cuales los adoptantes aprenden sobre la innovación y son imprescindibles para que se produzca la difusión (Ghoshal & Bartlett, 1988; Rogers, 1983).	■ El proceso de desarrollo de Guías:
	  ■ Lanzamiento de la Guía
	  ■ Panel de expertos
	  ■ Grupos de interés
	  ■ Circulación de la Guía una vez publicada y amplia difusión
	■ Comunicación masiva a todas las enfermeras, otros grupos interesados y al público a través de la revista de RNAO *Registered Nurse Journal;* boletín en línea; comunicados de prensa; noticias; publicaciones académicas; presentaciones en eventos locales, nacionales e internacionales; y oportunidades de aprendizaje continuo con las Guías.
	■ Inclusión de todas las Guías y recursos relacionados en el sitio web de RNAO, de fácil acceso y disponibles sin coste alguno.
	■ Canales de comunicación de persona a persona que involucran a los Impulsores, miembros del Panel de expertos, formadores, líderes de BPSO y socios de RNAO que participan en la comunicación entre pares.
	■ Estado de la asociación profesional de RNAO y alcance a todos los miembros a través de secciones y regiones, y a los miembros de otras organizaciones similares.

El tiempo es un elemento de difusión y normalmente el paso del tiempo es necesario para la difusión.	■ Las organizaciones expresan su disposición a la innovación, dados los principales canales de comunicación utilizados. ■ RNAO redujo el tiempo desde la iniciación hasta la publicación para el desarrollo de las guías en respuesta a la preparación (el tiempo de desarrollo de las Guías se redujo de 24 meses a 14 meses y menos). ■ RNAO da respuestas: las herramientas se envían a los centros, según pedido y se forma a los impulsores. ■ El paso del tiempo ha influido en la difusión mundial de todas las Guías en todos los sectores, incluidos los gobiernos y el mundo académico.

continúa

TABLA 12.1 CUADRO COMPARATIVO EL PROGRAMA DE GUÍAS DE RNAO CON LOS FACTORES DE DIFUSIÓN DE ROGERS (2003) (CONTINUACIÓN)

LA DIFUSIÓN DE LA TEORÍA DE LA INNOVACIÓN DE ROGERS: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DIFUSIÓN	PROGRAMA DE GUÍAS DE RNAO Y GUÍAS
El sistema social es el contexto del adoptante, incluyendo las influencias internas y externas, los valores y las normas (Rogers, 1983; Strang & Soule, 1998).	■ El sistema social es un facilitador en relación con la difusión de las Guías. ■ El estatus de RNAO como una asociación profesional poderosa y basada en la evidencia le da una sólida comprensión de la Enfermería y de los sistemas sanitarios y cuidado de la salud, inspirando respeto por el Programa de Guías. ■ El sistema social en todos los niveles es abordado por el desarrollo e implantación de las Guías de RNAO (los objetivos de los usuarios de las Guías son amplios, con recomendaciones desarrolladas para los profesionales, educadores, administradores, organizaciones y formuladores de políticas del sistema). ■ Las guías fomentan la plena participación de todos los elementos del sistema social. ■ RNAO anima activamente a los líderes de opinión, impulsores y otros líderes a llevar a cabo análisis de los grupos interesados.

DESIGNACIÓN BPSO: DIFUSIÓN DE ÉXITO A NIVEL ORGANIZACIONAL

Con el fin de acelerar el ritmo de difusión de las Guías y garantizar la sostenibilidad, RNAO comenzó a dirigirse formalmente a las organizaciones como adoptantes y cambió sus estrategias para su implantación al nivel meso (organizacional) con la creación de la Designación de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. La intención de RNAO con los BPSO es integrar la práctica basada en la evidencia en la cultura de una organización, sosteniendo así el uso de las Guías de una manera que no es posible con un enfoque centrado solo en los individuos. Los Impulsores de las Guías, embajadores competentes de la práctica basada en la evidencia, han comentado que su trabajo no es suficiente para lograr un cambio sostenido en la práctica, la formación y las políticas a nivel meso de manera oportuna.

Como se describe en el Capítulo 6, *Centros comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO): la ciencia de la implantación en su máxima expresión*, los BPSO son centros que se seleccionan a través de un proceso de solicitudes de propuestas para asociarse directamente con RNAO (a través de un Acuerdo formal firmado) para implantar múltiples guías clínicas. Estos centros se denominan BPSO Directo. Algunas de las Guías seleccionadas por los BPSO deben ser implantadas a nivel de unidad o equipo y otras a nivel organizacional, involucrando verdaderamente a toda la organización. Se esperan resultados muy específicos de los BPSO, en relación con: el establecimiento de una infraestructura, la creación de capacidad en materia de práctica basada en la evidencia y de la ciencia de la implantación, la implantación de las Guías, la difusión de los esfuerzos de implantación, los resultados y los productos, la evaluación, las reuniones periódicas con otros BPSO de RNAO y los informes semestrales para RNAO (Bajnok et al., 2015).

Esta estrategia formalizada de transferencia de conocimientos a nivel meso organizacional comenzó en 2003 y cada 3 años RNAO acepta una nueva cohorte de BPSO en Ontario, Canadá, con la cohorte más reciente lanzada en 2018. La designación de BPSO de cuidados a largo plazo adaptada a este sector presenta algunas diferencias en el tiempo de incorporación como BPSO y en otros parámetros, tal y como se explica en el Capítulo 11, *Práctica basada en la evidencia en los cuidados a largo plazo*. Comenzando con nueve centros canadienses, la designación BPSO se ha expandido en Canadá y desde 2012 ha abierto sus puertas al mundo, abarcando hoy más de 100 BPSO representando a más de 550 organizaciones de salud y académicas. Esto indica el crecimiento masivo en 15 años, ya que cada BPSO puede representar un número de organizaciones ya sea como parte de una corporación, una fusión reciente, un servicio de salud a nivel canadiense que incorpore varias jurisdicciones provinciales, o un país entero como es el caso de España (para este último caso, ver el Capítulo 13, *BPSO Host: Un modelo para escalar a nivel global*). El número de proveedores y organizaciones de atención sanitaria que utilizan Guías y el número de BPSO en todo el mundo han alcanzado claramente una masa crítica (Rogers, 2003).

La primera cohorte de BPSO que se asoció con RNAO para crear y mantener culturas basadas en la evidencia (Bajnok et al., 2015; Higuchi, Davies, Edwards, Ploeg, & Virani, 2011; Higuchi, Davies, & Ploeg, 2017) fue estimulada por sus Impulsores de las Guías, quienes a su vez fueron innovadores y pioneros en su adopción. Estas organizaciones representaban a grandes centros de cuidados intensivos en Toronto y el norte de Ontario, y también a dos grandes centros de atención domiciliaria y a un gran hospital de rehabilitación (ver Capítulo 7, *Los BPSO pioneros: crear, sostener y expandir las culturas basadas en la evidencia a través de la designación de BPSO*). Todos tenían un número considerable de enfermeras, buscaban crear un trabajo significativo para su personal y estaban preparados para destinar recursos a la transferencia de conocimientos para mejorar la calidad y lograr mejores resultados para los pacientes. Estos pioneros, la mayoría de los cuales han mantenido su designación durante los últimos 15 años, demuestran que la sostenibilidad está por encima de la norma (Davies, Tremblay y Edwards, 2010; Higuchi, Downey, Davies, Bajnok y Waggott, 2013). También han allanado el camino y se han convertido en mentores excepcionales para los BPSO novatos, una estrategia muy necesaria en la implantación de la práctica basada en la evidencia (Grinspun et al., 2014; Melnyk, 2007, 2014; Stetler, Richie, Rycroft-Malone, & Charns, 2014).

Desde los hospitales de enseñanza de cuidados intensivos hasta las grandes organizaciones de atención sanitaria domiciliaria, los BPSO se han extendido por todos los sectores de la salud, incluidos los hospitales comunitarios, la salud pública, la atención primaria y la salud pública de cuidados a largo plazo, así como en entornos académicos (Bajnok et al., 2015). De hecho, para apoyar a la creciente cohorte de BPSO académicos, RNAO desarrolló el *Recurso del Educador* (2005), muy similar a la herramienta de implantación que se desarrolló inicialmente en 2002, para que fuese utilizado como una guía para integrar las Guías a lo largo del plan de estudios, abordar los desafíos del cambio, alinear la metodología de enseñanza con la integración de las Guías y evaluar los resultados. Además, RNAO ha colaborado con el profesorado para desarrollar recursos para los planes de estudios del grado de Enfermería con el fin de apoyar la integración de Guías específicas, como el *Recurso para el educador de Enfermería sobre enfermedades mentales y adicción* (RNAO, 2017a) y la *Guía para la formación del profesorado de Enfermería: el consumo de tabaco y los riesgos sanitarios asociados* (RNAO, 2010).

REFLEXIÓN

¿Cómo se relacionan las características de la designación de BPSO con la teoría de la difusión? ¿Cómo ayudó la consideración a esta teoría para superar los desafíos potenciales de la adopción organizacional de la práctica basada en la evidencia?

El enfoque de la difusión de la designación de BPSO y su rápida adopción en todo el mundo refleja la teoría de la difusión de Rogers de manera similar a la adopción de las Guías. La Tabla 12.2 resume el análisis del Programa de Guías y la designación de BPSO en relación con la teoría de difusión de Rogers (2003) y muestra cómo cada uno de ellos cumple con las seis características de una innovación de éxito.

TABLA 12.2 APLICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS INNOVACIONES DE ÉXITO DE ROGERS (2003) A LAS GUÍAS DE RNAO Y A LA DESIGNACIÓN DE BPSO

CARACTERÍSTICA DE LAS INNOVACIONES DE ÉXITO (ROGERS, 2003)	LAS GUÍAS COMO INNOVACIÓN	DESIGNACIÓN DE BPSO COMO INNOVACIÓN
Ventaja	■ Ventajosas para las organizaciones de atención en salud y el personal que trabaja para mejorar la calidad. ■ Ofrecen un programa tangible, herramientas basadas en la evidencia y una metodología sistemática (RNAO, 2012) para utilizar en la implantación de la mejor evidencia. ■ Ahora hay herramientas disponibles para resolver problemas en la atención en salud : lesiones por presión, caídas, dolor, abandono del hábito de fumar y lactancia materna. ■ La evidencia en las Guías demuestra las ventajas potenciales para los usuarios y, en última instancia, para los pacientes.	■ La designación de BPSO proporciona un programa tangible para apoyar la implantación de la PBE en toda la organización y tomar medidas para resolver algunos problemas clave de salud. ■ Las Guías basadas en la evidencia y los recursos de implantación, incluyendo la metodología sistemática para la implantación, son percibidos como ventajosos para las organizaciones. ■ Los BPSO captan e involucran directamente a las enfermeras en las principales soluciones basadas en la evidencia para los problemas clínicos a través de la implantación de las Guías.
Compatibilidad	■ El análisis de deficiencias ayuda a determinar lo que se está haciendo bien y proporciona información para el desarrollo de un plan que aumenta la compatibilidad con el trabajo actual. ■ Los tres tipos de recomendaciones proporcionan un modelo de cómo el cambio en la práctica puede tener éxito con el apoyo de políticas apropiadas y una formación orientada. ■ Compatible con las enfermeras de atención directa, esta innovación se centra en “lo que hacen”, su trabajo con los pacientes, y es bienvenida.	■ Dado que la designación de BPSO agrupa numerosos enfoques basados en la ciencia de la implantación, simplifica la transferencia de conocimientos y la implantación de Guías, influyendo en la velocidad de adopción y ayudando aún más a la difusión a través de los sectores de la salud y las fronteras. ■ El acuerdo formal con RNAO identifica claramente los apoyos disponibles de RNAO y las expectativas de las organizaciones. ■ RNAO organiza seminarios en línea antes de la fecha límite de presentación de las solicitudes de BPSO para proporcionar información. ■ El Programa de Orientación de BPSO aporta claridad a los procesos de implantación y evaluación de las Guías.
Complejidad	■ Centrarse en hacer que la PBE sea significativa, fácil y agradable de aprender. ■ Los programas de Impulsores de Guías son organizados y facilitados. ■ Los impulsores también son embajadores del cambio con sus pares y pueden simplificar la información para ellos. ■ Se desarrolló la Herramienta de implantación de RNAO, que incluye la ciencia de la implantación e incorpora un proceso paso a paso para la implantación de las Guías. ■ RNAO inauguró el curso de aprendizaje de las Guías Clínicas, que hace que el aprendizaje de esta innovación sea muy accesible, divertido y efectivo, a través de contenidos sólidos y una metodología atractiva, participativa y orientada a la acción.	■ Se espera que los solicitantes de BPSO ya hayan tenido algún éxito en la implantación de Guías. ■ Muchas organizaciones tienen una masa crítica de impulsores de Guías. ■ Las actividades de BPSO proporcionan un enfoque que las organizaciones se comprometen a llevar a cabo para brindar una atención de calidad al paciente de acuerdo con su visión, misión y valores. ■ Los BPSO identifican las Guías que se ajustan a sus prioridades y desafíos de mejora de la calidad, dentro de los parámetros del Acuerdo de BPSO. ■ Oportunidades de tutoría de otros BPSO y la colaboración entre pares y de apoyo en cada cohorte de BPSO reduce complejidad y ayuda a abordar los desafíos.

CARACTERÍSTICA DE LAS INNOVACIONES DE ÉXITO (ROGERS, 2003)	LAS GUÍAS COMO INNOVACIÓN	DESIGNACIÓN DE BPSO COMO INNOVACIÓN
Posibilidad de ensayo	■ Las organizaciones son formadas por RNAO para comenzar con la primera Guía y para "probarla" en una unidad o con un equipo, revisarla, perfeccionarla y dar los siguientes pasos. ■ Se anima a los impulsores a trabajar con un colega a la vez y a ayudarles a entender lo que podría significar la implantación de la PBE y de las Guías. ■ RNAO estableció canales de comunicación para que las organizaciones puedan compartir los resultados de sus ensayos y las lecciones aprendidas y ampliar la difusión.	■ Aunque el BPSO firma un Acuerdo formal, existe la opción de poner fin al Acuerdo. ■ El plazo de 3 años, junto con el apoyo de RNAO y el apoyo de los pares durante el periodo de calificación de BPSO y después de la calificación como BPSO Designado, ayuda a las organizaciones a abordar las cuestiones paso a paso. ■ Existe la posibilidad de ampliar el plazo de predesignación en caso de que una organización lo requiera.

Innovación tangible e impactos visibles	■ Para que las Guías sean más tangibles, todas las sesiones y recursos educativos proporcionan un debate sobre las Guías, qué son, por qué son importantes y cómo usarlas.
	■ En las etapas iniciales de adopción, RNAO produjo copias impresas de las Guías para que las enfermeras pudieran tener una Guía en sus manos y que estuvieran disponibles para cogerlas y usarlas.
	■ RNAO anima a centrarse en la evaluación desde el inicio de la implantación de las Guías.
	■ Se ayuda a las organizaciones a identificar los datos de base para que puedan medir su progreso.
	■ Se fomenta el establecimiento de objetivos realistas.
	■ Los pequeños pasos de cambio son un enfoque, comenzando con la conciencia del proveedor de atención, el conocimiento, el cambio en la práctica y luego los resultados en salud del paciente.
		■ El modelo de BPSO incluye un enfoque en varias áreas para garantizar una evaluación sólida de los esfuerzos de implantación de Guías por parte de los BPSO, incluyendo:
		  ■ Envío de datos a NQuIRE® (sistema de datos de RNAO), así como mediante la evaluación de las estructuras, procesos y resultados en salud de los pacientes
		  ■ Las sesiones mensuales de intercambio de conocimientos con otros BPSO compañeros, la presentación regular de informes a RNAO y los requisitos de difusión contribuyen a obtener resultados visibles de la innovación.
		  ■ Informes semestrales en el myBPSO de RNAO, que es el sistema de informes en línea.
		  ■ Análisis de datos secundarios de otros repositorios de datos del sistema de salud para complementar el análisis de datos NQuIRE.
		  ■ Esto apoya la triangulación de datos cuantitativos y cualitativos dentro de los diferentes enfoques analíticos en nuestro marco para responder a diversas preguntas, métodos y metodologías de investigación y evaluación. (Ver el Capítulo 16, *Evaluación del impacto de las Guías: desarrollo y perfeccionamiento de NQuIRE).*

continúa

TABLA 12.2 APLICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS INNOVACIONES DE ÉXITO DE ROGERS (2003) A LAS GUÍAS DE RNAO Y A LA DESIGNACIÓN DE BPSO (CONTINUACIÓN)

CARACTERÍSTICA DE LAS INNOVACIONES DE ÉXITO (ROGERS, 2003)	LAS GUÍAS COMO INNOVACIÓN	DESIGNACIÓN DE BPSO COMO INNOVACIÓN
Innovación tangible e impactos visibles (continuación)	■ Los primeros resultados se comparten ampliamente a través de canales de comunicación. ■ Para enfermeras: Están entusiasmadas con su práctica, tienen un lenguaje de las Guías con el que explicar su trabajo y se sienten cada vez más seguras de entender la base de conocimientos de su profesión y las intervenciones basadas en la evidencia. ■ Para los pacientes: experimentan mejores resultados en salud como la reducción de caídas y lesiones por caídas. ■ Para las organizaciones: informan de un aumento en la retención de enfermeras y una menor variabilidad en la atención, lo que se traduce en un ahorro de costos.	■ La evaluación es un componente clave de los requisitos de BPSO, tanto a través de la presentación de datos a NQuIRE (sistema de datos de RNAO), como a través de la evaluación de estructuras, procesos y resultados en salud de pacientes.
Utilidad en otras situaciones	■ Otros Numerosos impactos transferibles de esta innovación: ■ Las enfermeras y otros profesionales de la salud aprenden sobre la gestión del cambio y el cambio de prácticas. ■ Las enfermeras asumen funciones de liderazgo en otras iniciativas de cambio. ■ Los profesores utilizan los recursos de implantación en la enseñanza. ■ Amplia capacitación de liderazgo para enfermeras y otros profesionales de la salud. ■ Impulso de la carrera para enfermeras a mitad de carrera. ■ Relaciones interprofesionales más fuertes y atención interprofesional.	■ Las expectativas relacionadas con el Programa de BPSO mejoran la práctica profesional, la práctica interprofesional y el perfil organizacional como cultura de la PBE. ■ Mayor compromiso y moral de las enfermeras y otros profesionales de la salud. ■ Existen fuertes vínculos entre los BPSO y el éxito de la acreditación, y los BPSO de atención a largo plazo incorporan sus esfuerzos y resultados de implantación de las Guías en sus planes de mejora de la calidad presentados al gobierno para apoyar la financiación. ■ Los BPSO en todos los sectores, y especialmente en hospitales, atención domiciliaria y atención a largo plazo, están obteniendo las mejores puntuaciones en mejoras de calidad y eficiencia financiera. ■ La inscripción de BPSO ha ayudado a varios hospitales a asegurar su estatus Magnético.

MODELO DE BPSO HOST: DIFUSIÓN DE ÉXITO A NIVEL MACRO GLOBAL

La creación del modelo de BPSO Host fue el siguiente paso en el enfoque de difusión de RNAO, desde la difusión a nivel micro con la Red de Impulsores de Guías, pasando por la difusión a nivel meso con el modelo de BPSO Directo, hasta la difusión a nivel macro con el modelo de BPSO Host. RNAO se ha visto incitada a desarrollar el modelo de BPSO Host por el gran entusiasmo mostrado por las enfermeras líderes en España con respecto al trabajo de RNAO en políticas y guías basadas en la evidencia y debido a nuestra implantación activa a través de la designación de BPSO. La idea de liderazgo de RNAO en la ampliación de la designación de BPSO para incorporar a centros satélites en todo el mundo (modelo de BPSO Host), con España como el primer país innovador con un BPSO Host, fue el trampolín hacia una rápida expansión global. A partir de este inicio en 2012 en España (Grinspun, 2011; Albornos-Muñoz, González-María y Moreno-Casbas, 2015), se han establecido otros BPSO Hosts en Australia, Italia, Perú y Chile. Los logotipos de algunas de estos Hosts se incluyen en la Figura 12.2. Además, RNAO sigue utilizando el modelo de BPSO Directo para establecer centros de práctica basada en la evidencia en países como Bélgica, China, Colombia, Nueva Escocia (Canadá), Portugal y Jamaica, algunos de los cuales, con el tiempo, se convertirán en BPSO Host y extenderán su difusión a todas sus jurisdicciones.

REFLEXIÓN

¿Qué otros ejemplos se le ocurren en los que el cambio en la práctica ha influido en la organización o el sistema de manera más general? ¿Cómo cree que la participación de una asociación profesional y sus asociaciones influyeron en los cambios generados por la expansión global de BPSO?

El movimiento de la práctica basada en la evidencia, liderado por RNAO y que tiene un impacto en la Enfermería y la salud a nivel mundial, ha afectado el cambio de práctica, las políticas a nivel organizacional y de sistemas, la imagen de la Enfermería, el alcance de la práctica de la Enfermería, las estructuras de gobierno y de toma de decisiones, y el seguimiento y la evaluación de los resultados. Desde los BPSO canadienses en salud pública, atención primaria, hospitales, atención domiciliaria y atención a largo plazo, hasta organizaciones de servicios e instituciones académicas en Australia, Bélgica, Chile, China, Colombia, España, Italia, Jamaica, Perú, Portugal y Qatar, se ha producido un cambio sostenido en la forma en que se brinda la atención y se enseña a los estudiantes. Esto ha reforzado el grado de orgullo y satisfacción de la Enfermería y ha fortalecido el estatus y el lugar de la Enfermería en el equipo sanitario (RNAO, 2015a).



FIGURA 12.2 Logotipos de BPSO Hosts en Canadá, Chile y Perú.

MAXIMIZANDO LA DIFUSIÓN MIENTRAS SE MANTIENE EL PROGRAMA DE GUÍAS Y LA FIDELIDAD AL PROGRAMA BPSO

Al permitir la difusión global, RNAO presta especial atención a los sistemas y procesos necesarios para garantizar la fidelidad de BPSO. Mowbray, Holter, Teague y Bybee (2003) definen la *fidelidad* como el grado en que la intervención del programa es consistente con el modelo del programa según lo planeado por los profesionales que lo desarrollan. Carroll y otros (2007), al elaborar un marco conceptual para la fidelidad en la implantación, afirman que la atención a la fidelidad es crítica para poder determinar los impactos del programa y prevenir conclusiones inexactas sobre la efectividad de un programa. Refuerzan la importancia de esto, enfatizando que la fidelidad al programa afecta el éxito de este.

Existe un acuerdo general (Dane & Schneider, 1998; Durlak & DuPre, 2008; Dusenbury, Brannigan, Falco & Hanson, 2003; Fagan, Hanson, Hawkins & Arthurs, 2008) de que la implantación de la fidelidad puede medirse a través de una revisión de los siguientes componentes que deberían formar parte de toda la evaluación del programa. Estos componentes son:

- **Adherencia: l**a capacidad del programa de cumplir con los requisitos
- **Exposición:** el alcance de la intervención del programa, conocer su extensión
- **Calidad de la intervención:** su capacidad de reflejar los estándares y valores del programa en un alto grado
- **Capacidad de respuesta de los participantes:** el grado de compromiso, el nivel de interés, la creencia en la utilidad del programa y el entusiasmo
- **Diferenciación del programa:** la distinción de cada componente del programa, incluyendo aquellos con mayor impacto

Alternativamente, al reconocer los conceptos de fidelidad y ajuste y sus tensiones inherentes (Castro, Barrera y Martínez, 2004), Chambers, Glasgow y Stange (2013) discuten la importancia de la sostenibilidad dinámica que reconoce la evolución de las intervenciones de la PBE a lo largo del tiempo y los contextos, y afirman que la sostenibilidad dinámica es necesaria para responder a las realidades contextuales y mantener los programas relevantes para los usuarios. Chambers et al. (2013) refuerzan la necesidad de que las metas del programa puedan contribuir al programa y crear conjuntamente algunos aspectos para asegurar la relevancia y sostenibilidad dentro de los parámetros del programa.

Todas estas son consideraciones críticas en la expansión y difusión de la designación de BPSO y presentan desafíos que el programa de garantía de calidad y fidelidad de RNAO ha mantenido en el centro de atención, incluyendo:

- Garantizar la coherencia de la designación de BPSO en todos los aspectos: cuando RNAO actúa como BPSO Host; cuando una organización externa a RNAO actúa como BPSO Host; cuando los BPSO son supervisados por BPSO Hosts en otras jurisdicciones.
- Equilibrar la continua relevancia contextual, junto con el sostenimiento y la fidelidad.
- Mantener canales de comunicación para mantener informados a las organizaciones de BPSO Hosts y BPSO Directo de RNAO sobre los cambios en la designación de BPSO.
- Fomentar una identidad colectiva entre todas las organizaciones de BPSO como parte de un movimiento global de prácticas basadas en la evidencia.

Cada aspecto del proceso de fidelidad está diseñado para cumplir uno o más de los cuatro objetivos identificados anteriormente. Como se discutió al principio de este libro, un factor clave del éxito del programa de RNAO y especialmente de sus BPSO es que ha creado un sentido de identidad colectiva, que es un factor importante de sostenibilidad, fidelidad y difusión acelerada (ver *Capítulo 1, Transformación la Enfermería a través del conocimiento: los fundamentos programáticos y conceptuales del Programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO*). La identidad colectiva de los BPSO refleja los valores de la designación de BPSO. Se expresa a través del intenso orgullo que las organizaciones tienen de ser un BPSO y parte del

movimiento global de la PBE a través de una implantación sostenida de las Guías de RNAO y la evaluación y difusión continuas de su impacto. La identidad colectiva es evidente en:

- La exhibición del logotipo en los materiales de la organización
- Compartir abiertamente y construir juntos nuevas herramientas y enfoques a través de las fronteras
- Difusión de los resultados en presentaciones y publicaciones
- Acuerdo preparado para ser parte de todos los aspectos del programa, ya sea desarrollo de guías, implantación, evaluación, enseñanza, tutoría o auditoría
- El intenso trabajo de todos los BPSO para hacer uso de la mejor evidencia de una manera que sea cada vez mejor para los pacientes
- En esta sección se analizan las diversas formas en que RNAO ha abordado la fidelidad de la designación de BPSO a medida que se expande y se extiende. Abarcan enfoques que permiten el sostenimiento dinámico (Chambers et al., 2013) de una iniciativa de la PBE de calidad que repercute en la adopción efectiva de las guías en todos los contextos mundiales y abordan cada uno de los cinco componentes analizados anteriormente. Los componentes de garantía de calidad y evaluación de la fidelidad incorporan: 1) el Programa de Orientación de BPSO; 2) el proceso de formador experto en implantación certificado por el BPSO Host; 3) el requisito de auditoría y retroalimentación; 4) el sistema de datos NQuIRE y los informes de MyBPSO; 5) el uso de la tecnología para proporcionar formación y consulta; 6) los enfoques para la traducción; y 7) los requisitos del programa en curso.

Todo esto es evidente cuando se mide la fidelidad, en particular los componentes de la calidad y la capacidad de respuesta de los participantes.

EL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN DE BPSO

El Programa de Orientación de BPSO de 5 días proporciona conocimientos y habilidades fundamentales al grupo identificado de partes interesadas e Impulsores que liderarán el proceso de BPSO en su organización, incluyendo la implantación específica de Guías. Este Programa de Orientación, que se basa en la Herramienta de implantación de RNAO (2012), utiliza varios ejemplos de implantación de éxito de Guías y logros de los BPSO y consta de componentes curriculares basados en el marco de Conocimiento para la acción (Straus, Tetroe y Graham, 2013). Sirve como programa de capacitación para los promotores de BPSO, los líderes de BPSO y los líderes Impulsores, quienes a su vez capacitan a los líderes de Guías y a los Impulsores en un taller dirigido a sus funciones en el cumplimiento de los productos de BPSO, incluyendo la implantación de Guías.

Todos los BPSO y BPSO Hosts comienzan su trabajo de designación de BPSO con el Programa de Orientación, que se proporciona de manera consistente en todos los entornos. Cuando es posible, los participantes de diferentes BPSO asisten juntos a la orientación, contribuyendo a su identidad colectiva como BPSO. RNAO dirige la orientación de sus organizaciones BPSO Directo, así como de las nuevas organizaciones BPSO Host y proporciona apoyo continuo acorde con el Acuerdo de BPSO. Una vez totalmente orientados, los BPSO Hosts planifican y dirigen la orientación para los BPSO en sus propias jurisdicciones y continúan con el seguimiento de la supervisión y el apoyo.

Los participantes reciben un cuaderno de trabajo preparado por RNAO, completo con objetivos, contenido, folletos, ejercicios de aplicación y material de referencia para cada sesión. La metodología de enseñanza (tan importante como el contenido) se basa en un modelo de desarrollo de capacidades sostenible e incluye el establecimiento de objetivos personales, intercambio de conocimientos críticos, compromiso, ejercicios de aplicación que reflejen su contexto, construcción de redes, oportunidades de liderazgo individual y de grupo, y planificación de acciones. Para muchas enfermeras fuera de Norteamérica, estas sesiones introducen un enfoque completamente nuevo de la enseñanza y el aprendizaje y desarrollan el conocimiento, la comprensión y la capacidad de aplicar la teoría, así como la confianza y la habilidad para articular los fundamentos de la práctica basada en la evidencia y el valor y el impacto de la Enfermería.

El Programa de Orientación de BPSO está dirigido por los BPSO Coaches internacionales de RNAO, como *formadores expertos de BPSO*. En el caso de la orientación para los BPSO Hosts, el Programa de Orientación de BPSO incorpora un proceso de formación de formadores desde el principio, en el que RNAO capacita al líder del BPSO Host como *Formador de formadores experto en implantación de BPSO certificado por RNAO* para la futura entrega del programa con el fin de continuar el desarrollo de la capacidad y la expansión de BPSO en su jurisdicción. Para las nuevas organizaciones de BPSO Directos, los formadores expertos de BPSO de RNAO, los formadores expertos de BPSO Host y/o un *Formador Experto en Implantación certificado por BPSO Host* (FEI) llevan a cabo su orientación. Los FEI son enfermeras que cumplen con los criterios establecidos y reciben formación con el Formador experto, ya sea RNAO o el BPSO Host. Más detalles sobre el Modelo de Formación de Formadores de BPSO internacionales de RNAO se tratarán más adelante en este capítulo.

El Modelo de Formación de Formadores de BPSO Hosts beneficia tanto a la iniciativa BPSO en ese país como al Programa de BPSO en general. La iniciativa específica de cada país no solo se basa en un modelo de asociación y amplía los recursos de RNAO, sino que también contribuye al desarrollo de la capacidad y a la identidad colectiva de los BPSO, trabajando en colaboración entre sí.

AUDITORIA DE LOS BPSO Y NECESIDAD DE RETROALIMENTACIÓN

El Grupo Cochrane para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas (Cochrane Effective Practice and Organization of Care), define la auditoría y la retroalimentación como una sinopsis de los comportamientos clínicos de los profesionales de la salud relacionados con su atención, durante un periodo de tiempo específico, con el fin de modificar dichos comportamientos de acuerdo con una norma (Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill, & Squires, 2012). La sinopsis puede ser el resultado de prácticas observada, resultados o registros escritos, e incluye recomendaciones y planes de acción (Grimshaw et al., 2012). Al explorar intervenciones efectivas para mejorar los resultados de salud, Grimshaw et al. (2012) analizaron las revisiones Cochrane clave de las estrategias profesionales de cambio de conducta, incluida la auditoría y la retroalimentación. Identificaron que los elementos importantes de una auditoría y retroalimentación eficaces son: una norma objetiva, la provisión de retroalimentación con recomendaciones y un plan de acción. Grimshaw y sus colegas (2012) concluyeron que la auditoría y la retroalimentación son herramientas útiles porque hasta casi un tercio de las veces, los profesionales califican su rendimiento a niveles superiores a los reales (Adams, Soumerai, Lomas y Ross-Degnan, 1999). La auditoría y la retroalimentación, al exponer esta discrepancia, pueden estimular el cambio de comportamiento. En análisis secundarios más profundos de estas revisiones sistemáticas, Ivers y sus colegas (2014) verificaron estos hallazgos y afirmaron que la auditoría y la retroalimentación sí funcionan.

De acuerdo con estos puntos de vista relacionados con la motivación del cambio de comportamiento profesional, la atención de RNAO a la calidad de los BPSO incluye una auditoría anual del BPSO en el segundo y tercer año del periodo de precalificación. A través de los procesos de auditoría y retroalimentación requeridos, se realizan visitas a los BPSO Hosts y BPSO Directos. Se informa por adelantado a los BPSO de que la visita tendrá lugar dentro de un plazo mutuamente acordado. Se les informa de que esperamos observar evidencias de los resultados requeridos como se indica en el Acuerdo de BPSO. Estos resultados incluyen la infraestructura, el desarrollo de capacidades, la implantación, la difusión, evaluación de las Guías, así como la práctica a tiempo y/u observaciones de enseñanza de acuerdo con las recomendaciones contenidas en las Guías

seleccionadas. Se han desarrollado herramientas de auditoría específicas para los BPSO Hosts, así como para los BPSO Directo de Servicio y Académicos, que reflejan los requisitos del Acuerdo de BPSO y sirven como criterios para la auditoría. Las herramientas de auditoría guían la visita de auditoría del BPSO y ayudan a determinar las fortalezas y áreas de crecimiento para proporcionar retroalimentación oportuna a los BPSO. Los BPSO Hosts realizan auditorías con sus BPSO Directos; RNAO audita a los BPSO Directos de los que es responsable, así como a todos los BPSO Hosts.

Durante la auditoría in situ, se celebra una reunión inicial y el BPSO o BPSO Host hace presentaciones que reflejan aspectos importantes del cambio cultural que ha tenido lugar durante el último año. En las auditorías de los BPSO de servicios, a esta reunión asisten los principales grupos interesados de la organización, entre las que se incluyen la alta dirección, el líder de BPSO, impulsores de Guías específicos y otros líderes, y todos ellos tienen un papel que desempeñar en la presentación. Luego se realizan visitas a unidades y equipos específicos donde se están implantando las Guías y los auditores observan las situaciones de la práctica y hablan con enfermeras, profesionales de la salud, otros miembros del equipo y pacientes. Si los estudiantes y el profesorado forman parte de la unidad o equipo auditado, también participan. Este tipo de visita puede durar de 3 a 4 días dependiendo del tamaño del BPSO y del número de unidades y equipos involucrados. Cuando se audita a un BPSO Académico, se utiliza el mismo proceso con la participación de la administración académica superior, los líderes de BPSO, el profesorado y los estudiantes, y se realizan observaciones del plan de estudios, los materiales didácticos y las situaciones de enseñanza-aprendizaje.

De conformidad con las recomendaciones de Ivers et al. (2014) y Grimshaw et al. (2012), relativas a un proceso eficaz de auditoría y retroalimentación, la visita concluye con una última oportunidad para que la organización revise los aspectos más destacados, seguida de una presentación de los auditores. Los auditores presentan un resumen de las fortalezas y mejoras necesarias de acuerdo con los criterios y se describen y discuten las recomendaciones para el seguimiento. En un plazo de dos semanas, el BPSO recibe un resumen escrito con las recomendaciones que el BPSO debe abordar en un plan de acción. La capacitación y el seguimiento continúan y el progreso se mide a través de reuniones regulares, informes semestrales y futuras auditorías.

EL SISTEMA DE DATOS NQUIERE COMO ESTRATEGIA DE FIDELIDAD Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

El enfoque de RNAO en un medio consistente de evaluación de la implantación de las Guías a través de NQuIRE (ver Capítulo 16, *Evaluación del impacto de las Guías: desarrollo y perfeccionamiento de NQuIRE*) también actúa como una estrategia de garantía de calidad (Grinspun et al., 2015). Todos los BPSO deben presentar datos sobre indicadores de calidad definidos en diccionarios de datos para el sistema internacional de datos NQuIRE. Se presentan indicadores estructurales de recursos humanos para los BPSO y los centros de implantación, así como los indicadores de proceso y de resultados basados en la evidencia para cada Guía. La comunicación regular con los BPSO y la revisión de los resultados de NQuIRE en la presentación de informes semestrales a RNAO garantizan que los BPSO sean coherentes en su enfoque de las intervenciones clave y en la forma en que miden tanto los cambios en las prácticas como los impactos de las Guías. NQuIRE permite a las organizaciones RNAO, BPSO Hosts y BPSO Directo revisar la implantación en todas las jurisdicciones o unidades y equipos, lo que ayuda a identificar las tendencias de los resultados que pueden conducir a nuevas oportunidades de prácticas de mejora de la calidad.

USO DE LA TECNOLOGÍA PARA PROPORCIONAR FORMACIÓN Y CONSULTA

En un esfuerzo por preparar mejor a los BPSO locales, nacionales e internacionales, RNAO diseñó una metodología de campamento de entrenamiento para intercambiar conocimientos sobre aspectos críticos del Programa de Guías y la designación de BPSO. Esta incluye sesiones interactivas presenciales a las que asisten los BPSO de Ontario y campamentos virtuales de entrenamiento organizados para los BPSO nacionales e internacionales. Estas sesiones han proporcionado información sobre el sistema de datos NQuIRE, orientación para la selección de indicadores y la presentación de datos, y la oportunidad de resolver problemas y tener experiencia práctica en el uso del sitio de demostración de NQuIRE. Este modo de formación interactiva sirve como otro medio para asegurar enfoques consistentes para la presentación de datos que cumplan con los estándares de calidad. También ofrece oportunidades para que los BPSO se reúnan a través de plataformas interactivas de conferencias web. Es importante en nuestro enfoque en la adopción global que ofrezcamos formación, entrenamiento y oportunidades de retroalimentación similares a los socios locales, nacionales e internacionales, y que construyamos una identidad colectiva entre los BPSO.

PLANTEAMIENTOS DE LA TRADUCCIÓN

Actualmente, RNAO tiene un proceso formal de traducción que orienta la traducción de las Guías y de varios recursos y apoyos a una variedad de idiomas. El proceso incluye un acuerdo firmado entre RNAO y la organización que patrocina la traducción, estipulando sus responsabilidades para financiar la traducción inicial, y nuestro compromiso mutuo con la traducción inversa y otros procesos de validación. Un aspecto siempre crítico del control de calidad es la traducción precisa de las herramientas basadas en la evidencia que refleja la evidencia y la intención de las recomendaciones y es consistente con el lenguaje y los matices culturales.

REQUISITOS Y OPORTUNIDADES PARA LA DESIGNACIÓN CONTINUA DE BPSO

Los estrictos requisitos para convertirse en un BPSO Designado y para conservar la Designación, como se describe en el Capítulo 6 y se destaca a lo largo de este capítulo, también son factores clave que afectan la fidelidad al programa y aseguran la consistencia y fidelidad del programa. Las oportunidades para reuniones y revisiones interactivas de procesos y resultados, incluidos los resultados de NQuIRE, contribuyen a que los BPSO comprendan los requisitos del programa y la capacidad de RNAO para supervisar que los BPSO hayan cumplido con los requisitos. Los BPSO tienen una gran cantidad de oportunidades para estar informados y participar en aspectos del desarrollo, implantación y evaluación de las Guías. Pueden contribuir como miembros del panel de expertos en desarrollo de Guías; revisores de Guías, herramientas de implantación, indicadores y otras propuestas de programas de los grupos interesados; y miembros de comités asesores.

La Tabla 12.3 Resumen de los objetivos del proceso de medición de la fidelidad en la implantación de RNAO y los componentes clave relevantes para cada objetivo.

REFLEXIÓN

¿Cómo ayudará la atención a la garantía de la calidad y la fidelidad de la implantación de las Guías y de la designación de BPSO para construir la Enfermería como una profesión de conocimiento y a crear culturas basadas en la evidencia en todo el mundo?

TABLA 12.3 OBJETIVOS DEL PROCESO DE RNAO EN LA MEDICIÓN DE LA FIDELIDAD EN LA IMPLANTACIÓN Y EN LOS COMPONENTES CLAVE RELEVANTES PARA CADA OBJETIVO

OBJETIVO DE FIDELIDAD	COMPONENTES CLAVE DEL PROGRAMA DE FIDELIDAD PARA ALCANZAR EL OBJETIVO
Garantizar que la designación de BPSO sea coherente en todos los aspectos cuando RNAO actúa como BPSO Host, cuando una organización externa a RNAO actúa como BPSO Host; cuando los BPSO son supervisados por BPSO Host en otras jurisdicciones.	■ Programa de Orientación de BPSO ■ Formador experto en implantación certificado por el BPSO Host ■ Reuniones periódicas de intercambio de conocimientos entre RNAO y BPSO organizados por país, región, estado de designación o tipo o modelo de BPSO ■ Proceso anual de auditoría y retroalimentación de RNAO con el BPSO cuando RNAO actúa como BPSO Host, y del BPSO Host con visitas seleccionadas a los BPSO ■ Proceso anual de auditoría y retroalimentación realizado por un BPSO Host ■ Revisión de los informes, incluidos los informes de NQuIRE y myBPSO ■ Proceso de traducción
Equilibrar continuamente la pertinencia contextual, junto con el sostenimiento y la fidelidad	■ Oportunidades formales e informales para proporcionar retroalimentación ■ Compartir estrategias relacionadas con el contexto en reuniones e informes ■ Oportunidades de ser grupos interesados, revisores o aportar información sobre las Guías, el proceso de desarrollo de las Guías, las herramientas de implantación, la evaluación de las Guías, NQuIRE y los Acuerdos de BPSO ■ Membresía en comités asesores relacionados con los principales elementos del programa, desarrollo, implantación y evaluación ■ Visitas a sitios de auditoría para ver el contexto y cómo un BPSO es relevante en el contexto
Mantener los canales de comunicación para mantener informados a los BPSO Hosts sobre los cambios en la designación de BPSO y supervisar los logros	■ Página web de RNAO ■ Conexión con el Coach de RNAO y reuniones periódicas y sesiones de intercambio de conocimientos con RNAO y los BPSO ■ Boletín de noticias de las Guías ■ Informes periódicos con debate ■ Procesos similares llevados a cabo por BPSO Hosts con su sitio web, boletín, reuniones e informes de BPSO ■ Varias herramientas de conocimiento para ayudar a comprender las Guías específicas y su aplicación, incluyendo seminarios en línea, programas de aprendizaje en línea, guías de referencia rápida de las Guías, actualizaciones de NQuIRE y requisitos generales de presentación de informes.
Cultivar una identidad colectiva entre todos los BPSO como parte de un movimiento global de prácticas basadas en la evidencia	■ Los grupos que integran los BPSO son participativos ■ Reuniones colectivas con todos los BPSO ■ Simposio anual internacional de BPSO ■ Eventos regionales de BPSO ■ FEI y participación en Redes Sociales ■ Formador de formadores expertos en evaluación certificado por RNAO (FDFEE) y Red ■ Uso del logotipo de BPSO ■ Comunidades de Prácticas de BPSO ■ Oportunidades de orientación ■ Oportunidades de aprendizaje con apoyo tecnológico

EL FUTURO

El futuro de las Guías de RNAO y de la designación de BPSO es muy prometedor. Con la designación de BPSO actualmente en 12 países y varios otros en fase de aplicación, las Guías de RNAO son reconocidas como productos de conocimiento de calidad que están transformando positivamente la profesión de Enfermería y sus prácticas clínicas, formativas y de gestión. El impacto del programa en las organizaciones académicas y de servicio demuestra constantes mejoras en los resultados de la educación, los pacientes, la organización y el sistema de salud. El uso entusiasta de las Guías por parte de las enfermeras en todas las funciones y sectores, otros profesionales de la salud, profesores y estudiantes, así como por parte de los políticos, ha cimentado la fuerte credibilidad de las Guías de RNAO y de su Programa de BPSO. A esto se suma la continua atención de los medios de comunicación que ha servido para difundir el éxito de este programa. El rápido crecimiento de la designación de BPSO como una estrategia de transferencia de conocimientos de éxito en diversos contextos ha aportado nuevas fortalezas y desafíos importantes a la designación de BPSO. Dentro de esta perspectiva, a continuación se discuten algunas de las consideraciones futuras.

DESIGNACIÓN DEL BPSO COMO UNA ENTIDAD QUE INSPIRA LA IDENTIDAD COLECTIVA

A medida que los modelos BPSO se expanden y maduran, el papel de RNAO será el de continuar asociándose con los BPSO, examinar lo que está funcionando bien, lo que necesita reforzarse y lo que necesita evolucionar para asegurar una atención efectiva basada en la evidencia en todo el mundo, a través de un Programa de Guías de alta calidad y la designación de BPSO. El modelo BPSO presenta una oportunidad para el desarrollo de la capacidad en la profesión de Enfermería desde la perspectiva de la práctica basada en la evidencia. Además, en el proceso, los países de todo el mundo han aprendido muchas estrategias relacionadas con el desarrollo de políticas, la promoción política y el establecimiento de asociaciones de colaboración con otros organismos profesionales y de atención de la salud y con los gobiernos.

Hay una serie de apoyos emergentes que necesitarán ser probados y contextualizados para adaptarse a la diversidad de sistemas y culturas que forman parte de la floreciente designación mundial de BPSO. La tutoría ha sido identificada en la literatura como un apoyo significativo (Melnyk, 2007, 2014), y basándose en la experiencia de RNAO, mejora la calidad tanto en las organizaciones que son mentores como en las que son aprendices. En el futuro se identificarán y apoyarán más mentores internacionales, a medida que se aproveche la tecnología para ampliar y crear nuevos vínculos de intercambio de conocimientos, que conecten a personas y organizaciones para el aprendizaje mutuo.

La identidad colectiva es un término que se discute en detalle en el Capítulo 1, *Transformación de la Enfermería a través del conocimiento: los fundamentos programáticos y conceptuales del Programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO*. RNAO seguirá marcando las normas para inspirar y nutrir la identidad colectiva del programa en todas las formas de intercambio de conocimientos, en las que los BPSO se basan en sus relaciones y experiencia para aprender unos de otros y, junto con RNAO, construir el movimiento de BPSO. Por ejemplo, los BPSO Académicos de Bélgica, Canadá, Chile, China, Colombia, Italia, Jamaica, Perú, Portugal y España nos están enseñando cómo integrar mejor los BPSO a lo largo del plan de estudios. Los BPSO Académicos de todo el mundo nos están ayudando a construir mejores estrategias de evaluación del impacto de las Guías en los resultados de los profesores, estudiantes y pacientes, que pronto formarán parte del sistema de datos NQuIRE. Las visitas in situ, incluyendo la auditoría presencial de RNAO y los procesos de retroalimentación, se introdujeron por primera vez en nuestros BPSO internacionales y en 2016 se convirtieron en parte de los requisitos para los BPSO de Ontario.

Cuanta más voz tengan nuestros BPSO internacionales en los procesos de desarrollo de culturas basadas en la evidencia, más contribuirán las estructuras y procesos cocreados a una identidad colectiva y a un sostenimiento dinámico, produciendo mejores resultados para nuestros pacientes en Canadá y en el extranjero. El crecimiento real y sostenido de la profesión de Enfermería a nivel mundial solo se producirá cuando todas las enfermeras tengan la misma voz en la configuración del destino de nuestra profesión como socios igualitarios basados en la evidencia y centrados en el paciente en el equipo interprofesional. Esto se está logrando a través de la designación de BPSO, que está experimentando una continua expansión, un sostenimiento dinámico y una sólida fidelidad.

TRADUCCIÓN DE LAS GUÍAS

A medida que se acelera el desarrollo de los BPSO en todo el mundo, también deben acelerarse los sistemas de traducción para que las Guías se traduzcan con precisión a diferentes idiomas. La difusión en regiones y países facilitará esto, ya que la presencia de varios BPSO en un área que se comunican en un idioma similar significará habilidades y recursos adicionales para participar en el proceso. Los equipos de traducción, incluidos el personal de RNAO y los miembros de las organizaciones BPSO que pueden trabajar para sincronizar el idioma, la atención en salud y las diferencias culturales, serán cada vez más importantes a medida que se produzca la expansión.

DIFUSIÓN DE BPSO, SOSTENIBILIDAD Y SUPERVISIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN DE FORMADORES

La filosofía y la capacidad de RNAO para expandir sus conocimientos, habilidades y recursos más allá de su propio entorno son fundamentales para la difusión de las Guías y los centros BPSO. Como se describe en el Capítulo 1 y el 18, *Cambiando las normas y la cultura para mejorar la salud de las personas: desde la práctica basada en la evidencia hasta la política basada en la evidencia*, esta capacidad se ha visto impulsada por la sólida posición de RNAO como asociación profesional con una red de miembros en secciones y grupos de interés, una afiliación activa y fuertes relaciones con organizaciones similares. Los canales formales de difusión de RNAO y el uso extensivo de la tecnología proporcionan un sólido trampolín para que el Programa de Guías se construya sobre él, con una lista de oportunidades educativas que sirven a audiencias de todo el mundo. En el Capítulo 4, *Forjando el camino con la ciencia de la implantación*, se detallan algunas de estas oportunidades de creación de capacidades.

De acuerdo con el concepto de *evolución intencionada* discutido en el Capítulo 1, RNAO ha perfeccionado enfoques adicionales de difusión, sostenibilidad y supervisión de la calidad: el *formador experto certificado por RNAO*, el *formador experto en implantación certificado por el BPSO Host* y el *formador experto en evaluación certificado por RNAO*, que forman parte del emergente Modelo de Formación de Formadores de RNAO. Estos enfoques son una parte integral del escalamiento global dentro de un contexto de promoción de una designación de BPSO dinámica que difunde, sostiene, asegura la fidelidad y sirve para administrar recursos finitos. Lo que sigue es una descripción general del *formador de formadores experto en implantación certificado por RNAO*, del *formador experto en implantación certificado por el BPSO Host* y del *formador de formadores experto en evaluación certificado por RNAO*.

FORMADOR DE FORMADORES EXPERTO EN IMPLANTACIÓN CERTIFICADO POR RNAO

Los formadores de formadores expertos en implantación certificados por RNAO (FFE) son enfermeras de BPSO Hosts que han trabajado en estrecha colaboración con un formador experto del programa BPSO en el rol de formador experto en implantación certificado por BPSO Host, capacitando a los Promotores de BPSO, los líderes de BPSO y los líderes impulsores en sus BPSO Directos. Los FFE están familiarizados con los materiales de orientación y las metodologías de enseñanza de BPSO. Trabajan independientemente en sus jurisdicciones con sus BPSO Directos. RNAO supervisa esta función mediante la presentación de informes, la transferencia de conocimientos y los requisitos de evaluación del BPSO Host, lo que incluye la evaluación continua de la función del FFE.

FORMADOR EXPERTO EN IMPLANTACIÓN CERTIFICADO POR EL BPSO HOST

Como se discutió con brevedad anteriormente, los formadores expertos en implantación certificados por el BPSO Host (FEI) son enfermeras que cumplen con los criterios establecidos, incluyendo: experiencia como impulsor en un BPSO, habilidades para la formación y experiencia en el trabajo con poblaciones internacionales. Son elegidos por las organizaciones designadas como BPSO y, una vez seleccionados, reciben el Programa de

Orientación de BPSO para su revisión y discusión. A continuación, se asocian con un formador experto en el programa BPSO certificado por RNAO o un formador de formadores expertos en implantación certificado por RNAO para codirigir las sesiones de orientación hasta que demuestren su competencia para obtener la certificación. Después del Programa de Orientación, los FEI se comprometen a trabajar con los BPSO a medida que logran los resultados requeridos y a trabajar con los formadores principales en la impartición del Programa de Orientación de BPSO a los nuevos BPSO.

La participación de más FEI de cada uno de los países de los BPSO y la creación de una Red de formadores de BPSO certificados mejorará este enfoque de garantía de calidad para brotar en otros BPSO de todo el mundo y también agudizará el trabajo en los BPSO de los formadores. Además, esta polinización cruzada de la mejor evidencia mejorará la atención sanitaria a nivel mundial. Los impactos de una Red de formadores de BPSO certificados merecen ser investigados, y a lo largo del tiempo deben desarrollarse las buenas prácticas para seleccionar y formar a los formadores, así como para mantener los niveles de destreza de los formadores. La participación de los BPSO Hosts en el desarrollo de los FEI y la expansión de la Red de formadores certificados será cada vez más necesaria.

FORMADOR DE FORMADORES EXPERTO EN EVALUACIÓN CERTIFICADO POR RNAO

Los Formadores de formadores expertos en evaluación certificados por RNAO (FDFEE) son enfermeras de BPSO que han trabajado con un formador internacional de BPSO Coach de RNAO en la realización de auditorías de servicio y académicas utilizando las herramientas de auditoría de RNAO con retroalimentación específica y procesos de seguimiento. La discusión previa en este capítulo describió el proceso de auditoría de BPSO y su efectividad a nivel internacional como medio para proporcionar retroalimentación, un componente crítico de la implantación y el mantenimiento de las guías. El futuro aportará más requisitos para que RNAO y los BPSO Hosts realicen auditorías en todo el mundo y aumentará la necesidad de formadores de formadores expertos en evaluación certificados por RNAO (FDFEE) de todas las jurisdicciones y la creación de una Red FDFEE, muy similar a la Red de Formadores Certificados de BPSO. El modelo de FDF, explicado a continuación, será fundamental en este proceso.

MODELO DE FORMACIÓN DE FORMADORES (FDF)

Para establecer un proceso claro de formación de formadores como los FEI y FDFEE, así como de los líderes de conocimiento adicionales para garantizar la calidad y fidelidad de BPSO, RNAO ha desarrollado el modelo internacional de Formación de Formadores (FDF) de BPSO. La literatura apoya algunos de los beneficios obvios del Modelo de FDF para individuos, organizaciones, capacitadores y aprendices por igual, incluyendo: una difusión más rápida, acceso directo a las comunidades locales, comprensión de los temas contextuales, colaboración local y ventajas económicas (Assemi, Mutha, & Hudmon, 2007; Hiner et al., 2009; Rajapakse, Neeman, & Dawson, 2013; Yarber et al., 2015).

COMPONENTES CLAVE DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN

Los componentes clave de los enfoques más efectivos para los programas de formación han sido identificados en la literatura con base en la investigación de programas locales y globales, según se detalla:

- Selección cuidadosa de los candidatos (Hiner et al., 2009)
- Suministro de un libro de trabajo o herramientas específicas (Assemi et al., 2007; Baron, 2006; Rajapakse et al., 2013)
- Experiencia práctica y trabajo en grupo supervisado (Hiner et al., 2009; Yarber et al., 2015)
- Oportunidades de enseñanza demostrativa (Hiner et al., 2009; Yarber et al., 2015)

- Enfoque en el contenido, así como en la metodología de instrucción (Assemi et al., 2007; Baron, 2006; Hiner et al., 2009; Rajapakse et al., 2013)
- Conexión con estructuras locales (Hiner et al., 2009; Rajapakse et al., 2013)
- Evaluación y retroalimentación (Assemi et al., 2007; Baron, 2006; Hines et al., 2009)
- Creación de una red de FDF (Baron, 2006; Yarber et al., 2015)

El modelo de FDF de RNAO cumple con todos los criterios anteriores, y dada su clara vinculación con el conjunto específico de requisitos solicitados en la designación de BPSO, a diferencia de muchos programas de FDF, en los que la mayoría de los estudiantes nunca reproducen el programa (Hahn, Noland, Rayens y Christie, 2002), en nuestro caso, los que han recibido formación sí lo han hecho. El objetivo de RNAO es multiplicar sus efectos en todo el mundo a través de un modelo de FDF que atraviesa varios niveles de formadores y aprendices, incluyendo a los formadores expertos de BPSO certificado por RNAO, a los formadores de formadores expertos en implantación certificados por RNAO, a los formadores expertos en implantación certificados por el BPSO Host, a, a los Promotores de BPSO, a los BPSO Coaches, a los líderes impulsores de BPSO, a los líderes de BPSO, a los impulsores y a los líderes de las Guías.

La Figura 12.3 muestra el enfoque por niveles del modelo de FDF, mientras que la Figura 12.4 define cada uno de los niveles del modelo y explica sus vínculos, evidentes en las actividades de designación de BPSO. Ambos se explican después de las figuras.

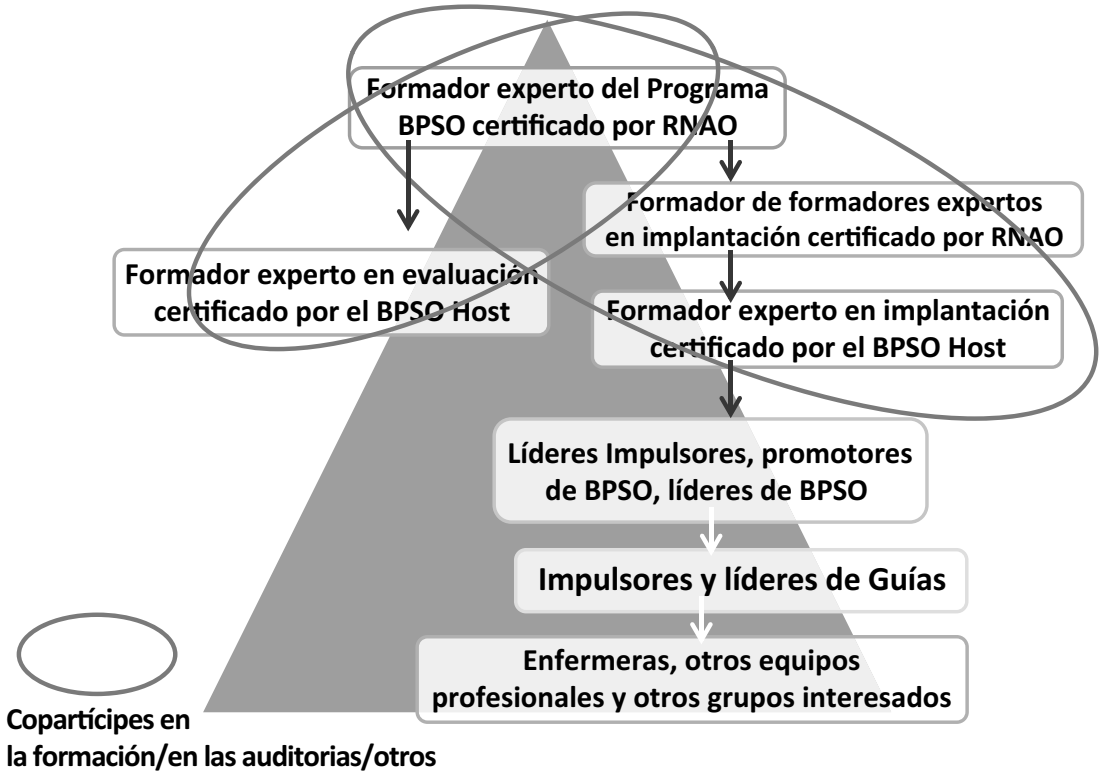


FIGURA 12.3 Modelo BPSO DE FDF DE RNAO que muestra los niveles de formación.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

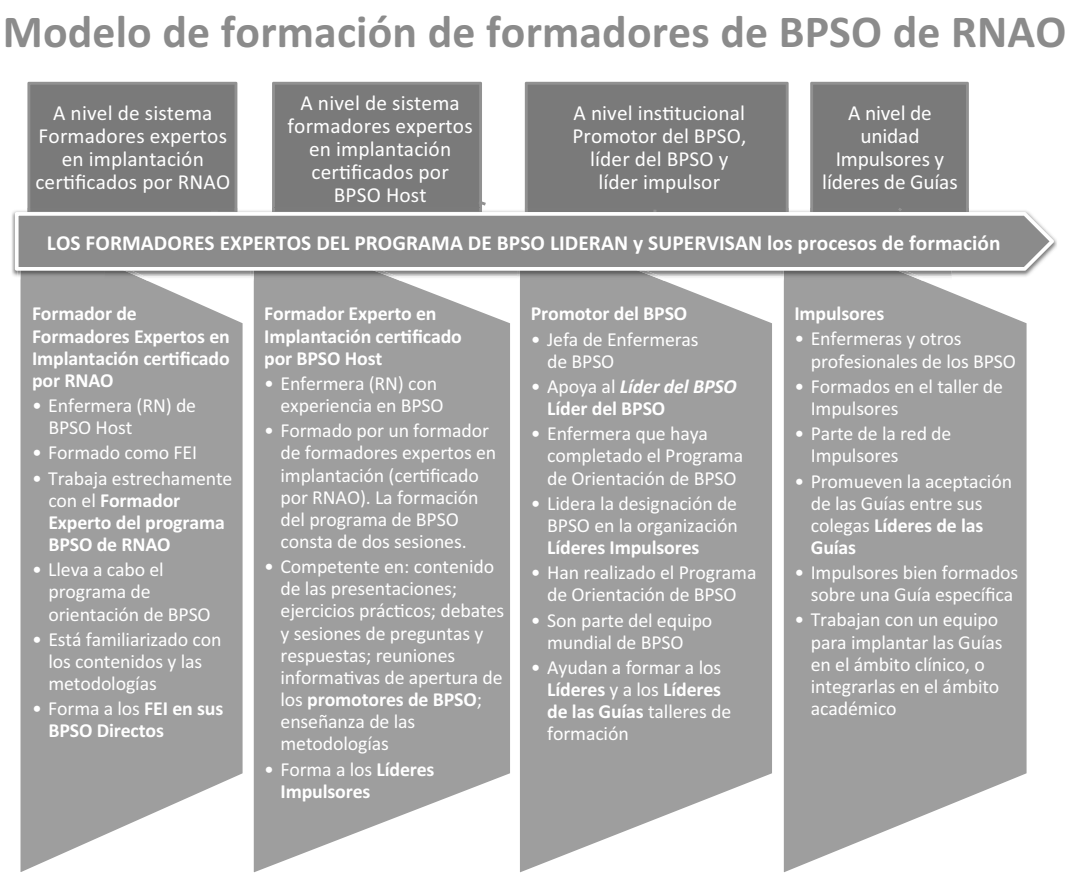


FIGURA 12.4 Modelo BPSO DE FDF DE RNAO con una explicación de cada nivel del modelo.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

Como se puede ver en las Figuras 12.3 y 12.4, el modelo de FDF comienza con la formación de los Promotores de BPSO, los Líderes de BPSO y los Líderes Impulsores por parte de los Coaches Internacionales de BPSO de RNAO, que son los formadores expertos del programa BPSO. Los formadores de RNAO BPSO seleccionan a los candidatos para la certificación basándose en criterios específicos y trabajan codo con codo con ellos para prepararlos para cumplir con la función de formador de formadores experto en implantación certificado por el BPSO Host o formador de formadores experto en evaluación certificado por RNAO.

Como se mencionó anteriormente, el Modelo de BPSO Host presenta otra oportunidad para formar al formador. En estas situaciones, el formador experto del programa de BPSO certificado por RNAO formará a un formador de formadores experto en implantación certificado por RNAO, que a su vez podrá formar a formadores de formadores expertos en implantación certificados por el BPSO Host, así como a líderes a nivel organizacional.

Estos líderes impulsores a su vez forman a los impulsores y a los líderes de las Guías en el nivel de unidad, utilizando una metodología similar en un instituto más corto. Los impulsores y los líderes de las Guías tienen funciones claras cuando trabajan con enfermeras, otros miembros del personal y los grupos interesados. Las enfermeras y otros que han recibido formación llevan con orgullo sus títulos de Líder Impulsor, Líder de BPSO, Impulsor y Líder de Guías.

REFLEXIÓN

¿Cómo influye el modelo internacional de RNAO de formación de formadores de BPSO en el compromiso del personal con todas las funciones de los BPSO?

CONCLUSIÓN

Este capítulo ofrece una visión general de cómo RNAO ha utilizado la teoría de la difusión en sus enfoques de la difusión de las Guías y la adopción de la designación de BPSO en todo el mundo. El Programa de Guías de RNAO, incluyendo la designación de BPSO yuxtapuesta contra la teoría de la difusión (Rogers, 2003), demuestra cómo y por qué las innovaciones y los procesos utilizados por RNAO son eficaces. Estos procesos incluyen el desarrollo de las Guías a través de la difusión y creación de procesos de implantación sólidos, sistemáticos y basados en la evidencia, y el establecimiento del sistema de datos NQuIRE y del Modelo de Evaluación BPSO-NQuIRE.

La creación de la designación de BPSO a través de los modelos Directo y Host ha contribuido en gran medida a la difusión de las Guías y ha añadido un sólido componente global al trabajo de RNAO en la práctica basada en la evidencia. Sin lugar a duda, ha sido un factor importante en la rapidez de la adopción y el mantenimiento de la práctica basada en la evidencia. Los impactos en todo el sistema de la implantación de las Guías y la creación de culturas basadas en la evidencia han resultado en cambios en la práctica y la educación en los entornos de atención de salud canadienses y en los BPSO nacionales. Estos resultados, aumentados por un modelo efectivo de formación de formadores desarrollado por RNAO y utilizado en todo el mundo, permiten una difusión y sostenibilidad más rápida de los programas, así como un uso efectivo de los recursos.

Finalmente, con un rápido crecimiento y aceptación, se presta mucha atención a la fidelidad. RNAO ha construido y continuará construyendo su programa de garantía de calidad, involucrando cada vez más a los BPSO. Las potentes estrategias de mejora de la calidad que se están utilizando actualmente tienen una serie de beneficios que todos los BPSO han experimentado. El intercambio de conocimientos, el intercambio entre países y el crecimiento conjunto son valores fundamentales del Programa de Guías y fundamentales para la identidad colectiva que hemos construido como BPSO.

MENSAJES CLAVE

- Tanto la implantación generalizada de las Guías de RNAO como la adopción de la designación de BPSO reflejan elementos clave de la teoría de la difusión.
- La designación de BPSO, tanto de los modelos de BPSO Directo como de BPSO Host, ha tenido un impacto positivo en la calidad de las prácticas y resultados formativos, clínicos y de gestión. También ha influido directamente en el enriquecimiento en el alcance de la práctica, la comunicación y la colaboración entre enfermeras y entre enfermeras y médicos, los estándares de excelencia en la práctica, la imagen de la Enfermería y las enfermeras, la atención centrada en el paciente, la política organizacional y el cierre de la brecha entre la investigación y la práctica.
- El modelo de BPSO Host apoya el desarrollo de la formación "en el país" en el ámbito de la práctica basada en la evidencia y ha permitido a RNAO maximizar la difusión y la sostenibilidad del Programa de Guías y de la designación de BPSO a nivel mundial, garantizando al mismo tiempo el uso eficaz de los recursos.
- Un programa estandarizado de orientación de BPSO, formadores certificados, auditorías anuales presenciales y requisitos y oportunidades continuas han permitido a RNAO maximizar la difusión, la sostenibilidad y la fidelidad a la designación de BPSO.
- El modelo FDF de BPSO de RNAO aumenta los recursos humanos necesarios para apoyar la difusión global de la designación de BPSO, al mismo tiempo que contribuye al compromiso con la aceptación y el uso sostenido de las Guías.

- La identidad colectiva de los BPSO de todo el mundo ha contribuido a la difusión dinámica, la sostenibilidad y la fidelidad del programa.
- El futuro incluye un enfoque en la expansión y difusión de recursos para satisfacer la demanda global de la designación de BPSO. Un mayor compromiso con los BPSO como socios de pleno derecho se basará en las fortalezas del programa, abordará las áreas de mejora y ampliará la comunicación transfronteriza y el intercambio de conocimientos a través de la tecnología.

REFERENCIAS

Adams, A. S., Soumerai, S. B., Lomas, J., & Ross-Degnan, D. (1999). Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, *11*(3), 187–192. doi: 10.1093/intqhc/11.3.187

Albornos-Munoz, L., González-María, E., & Moreno-Casbas, T. (2015). Best Practice Guidelines implementation in Spain: Best practice spotlight organizations. *Med UNAB*, *17*(3), 163–169.

Assemi, M., Mutha, S., & Hudmon, K. S. (2007). Evaluation of a train-the-trainer program for cultural competence. *American Journal of Pharmaceutical Education*, *71*(6), 110.

Athwal, L., Marchuk, B., Laforêt-Fliesser, Y., Castanza, J., Davis, L., & LaSalle, M. (2014). Adaptation of a Best Practice Guideline to strengthen client-centered care in public health. *Public Health Nursing Volume*, *31*(2), 134–143.

Bajnok, I. (2008, May 6). Re "It beats sucking up to teacher" [Letter to the Editor]. *Toronto Star*.

Bajnok, I., Grinspun, D., Lloyd, M., & McConnell, H. (2015). Leading quality improvement through Best Practice Guideline development, implementation, and measurement science. *MedUNAB*, *17*(3), 155–162.

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, *29*(3), 11–12.

Baron, N. (2006). The 'TOT': A global approach for the training of trainers for psychosocial and mental health interventions in countries affected by war, violence and natural disasters. *Intervention*, *4*(2), 109–126.

Berwick, D. M. (2003). Disseminate innovations in health care. *The Journal of the American Medical Association*, *289*(15), 1969–1975.

Berwick, D. M., Godfrey, A .B., & Roessner, J. (1991). *Curing health care: New strategies for quality improvement*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Berwick, D. M., Godfrey, A. B., & Roessner, J. (2002). *Curing health care: New strategies for quality improvement* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Brundage, A. (2008, June 16). Check your blood sugar [Letter to the editor]. *The Toronto Sun*.

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science 2:* 40–49.

Castro, F. G., Barrera, M. Jr., & Martinez, C. R. Jr. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, *5*(1), 41–45.

Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, *8*, 117. doi: 10.1186/1748-5908-8-117

China Care Management. (2015, July 24). The first RNAO-BPSO evidence-based nursing research center in China is located in Beijing University of Traditional Chinese Medicine, will build a local nursing practice guide (translated). Retrieved from https://mp.weixin.qq.com/s/e4MrXwAS4_rHVKKjeTROqA

Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1973.

Dane, A. V., & Schneider, B. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, *18*(1), 23–45.

Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., & Virani, T. (2008). Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *BMC Health Services Research*, 8, 29. http://doi.org/10.1186/1472-6963-8-29

Davies, B., Tremblay, D., & Edwards, N. (2010). Sustaining evidence-based practice systems and measuring the impacts. In D. Bick & I. D. Graham (Eds.), *Evaluating the impact of implementing evidence based practice* (pp. 165–188). Oxford, UK: STTI/Wiley-Blackwell.

Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, *41*(3–4), 237–350.

Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hanson, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, *18*(2), 237–256. https://doi.org/10.1093/her/18.2.237

Fagan, A. A., Hanson, K., Hawkins, J. D., & Arthurs, M. W. (2008). Bridging science to practice: Achieving prevention program implementation fidelity in the community youth development study. *American Journal of Community Psychology*, *41*(3–4), 235–249.

Gardner, D. (2010). A passion for improving health care: An interview with Doris Grinspun. *Nursing Economics*, *28*(2), 126–129.

Ghoshal, D. S., & Bartlett, C. (1988). Creation, adoption and diffusion of innovations by subsidiaries of multinational corporations. *The Journal of International Business Studies*, *19*(3), 372.

Gifford, W., Davies, B., Rowan, M., Egan, M., Lefebre, N., & Brehaut, J. (2016). Understanding audit and feedback to support falls prevention and pain management in home health care. *Home Health Care Management and Practice*, *28*(2), 79–95.

Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F., & Kyriakidou, O. (Eds.). (2005). *Diffusion of innovations in health service organizations: A systematic literature review*. Maldne, MA: Blackwell.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O., & Peacock, R. (2004). Storylines of research in diffusion of innovation: A meta-narrative approach to systematic review. *Social Science and Medicine*, *61*(2), 417–430.

Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. M., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, *7*, 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50

Grinspun, D. (2011). Guías de practica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Enfermeria Clinica*, *21*(1): 1–2.

Grinspun, D., Lloyd, M., Xiao, S., & Bajnok, I. (2015). Measuring quality of evidence-based care: NQuIRE—Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation data-system. *Med UNAB*, *17*(3), 170–175.

Grinspun, D., Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2014). Advancing optimal care with rigorously developed clinical practice guidelines and evidence-based recommendations. In B. M. Melnyk & E. Fineout-Overholt (Eds.), *Evidence-based practice in nursing and health care: A guide to best practice* (3rd ed.) (pp. 182–201). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Grinspun, D., Virani, T., & Bajnok, I. (2002). Nursing Best Practice Guidelines: The Registered Nurses' Association of Ontario project. *Hospital Quarterly*, *5*(2), 56–60.

Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis, D. (2013). *Improving patient care: The implementation of change in health care* (2nd ed.). London, UK: John Wiley & Sons.

Hahn, E. J., Noland, M. P., Rayens, M. K., & Christie, D. M. (2002). Efficacy of training and fidelity of implementation of the life skills training program. *Journal of School Health*, *72*(7), 282–287. doi: 10.1111/j.1746-1561.2002.tb01333.x

Health Council of Canada. (2012). *Understanding clinical practice guidelines: A video series primer*. Retrieved from https://healthcouncilcanada.ca/files/CPG_Backgrounder_EN.pdf.pdf

Heath, C., & Heath, D. (2010). *Switch: How to change things when change is hard*. New York, NY: Random House.

Higuchi, K. S., Davies, B. L., Edwards, N., Ploeg, J., & Virani, T. (2011). Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: A three-year follow-up evaluation of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(9–10), 1329–1338. doi: 10.1111/j. 1365-2702.2010.03590.x

Higuchi, K. S., Davies, B., & Ploeg, J. (2017). Sustaining guideline implementation: A multisite perspective on activities, challenges and supports. *Journal of Clinical Nursing*, 1–12. doi: 10.1111/jocn.13770

Higuchi, K. S, Downey, A., Davies, B., Bajnok, I., & Waggott, M. (2013). Using the NHS Sustainability framework to understand the activities and resource implications of Canadian nursing guideline early adopters. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(11–12), 1707–1716.

Hiner, C. A., Mandel, B. G., Weaver, M. R., Bruce, D., McLaughlin, R., & Anderson, J. (2009). Training-of-trainers model in a HIV counseling and testing program in the Caribbean Region. *Human Resources for Health*, *7*, 11.

Ireland, S., Kirkpatrick, H., Boblin, S., & Robertson, K. (2013). The real world journey of implementing fall prevention best practices in three acute care hospitals: A case study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *10*(2), 95–103.

Ivers, N. M., Grimshaw, J. M., Jamtvedt, G., Flottorp, S., O'Brien, M. A., French, S. D., . . . Odgaard-Jensen, J. (2014). Growing literature, stagnant science? Systematic review, meta-regression and cumulative analysis of audit and feedback interventions in health care. *Journal of General Internal Medicine*, *29*(11), 1534–1541. http://doi.org/10.1007/s11606-014-2913-y

Jadad, A. R., Cook, D. J., Jones, A., Klassen, T. P., Tugwell, D., Moher, M., . . . Moher, D. (1998). Methodology and reports of systematic review and meta-analyses: A comparison of Cochrane reviews with articles published in paper-based journals. *JAMA*, *280*(3), 278–280.

Jeffs, L., Beswick, S., Lo, J., Campbell, H., Ferris, E., & Sidani, S. (2013). Defining what evidence is, linking it to patient outcomes, and making it relevant to practice: Insights from clinical nurses. *Applied Nursing Research*, *26*(3), 105–109.

Jeffs, L., Lo, J., Beswick, S., & Campbell, H. (2013). Implementing an organization-wide quality improvement initiative: Insights from project leads, managers and frontline nurses. *Nursing Administration Quarterly*, *7*(3), 222–230.

Jennings, L., O'Neil, B., Bossy, K., Dodman, D., & Campbell, J. (2016). The story of Emily. *Patient Experience Journal*, *3*(1), 146–152.

Johnson-Bhatti, G., Case, A., & Shaikh, S. (2017). Raising the bar: Putting evidence into practice. *Senior Care Canada* (3rd Quarter), 14–15.

Jordan, Z. (2005, Oct/Dec). Turning challenges into opportunities. *PACEsetterS*, *2*(4), 6–11.

Kinnunen, J. (1996). Gabriel Tarde as a founding father of innovation diffusion research. *Acta Sociologica*, *39*(4), 431–442. doi: 10:1177/000169939603900404

Kotter, J. P. (2012). *Leading change*. Boston, MA.: Harvard Business Review Press.

Legare, F. (2009). Assessing barriers and facilitators to knowledge use. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practic*e (pp. 83–93). Oxford, UK: Wiley-Blackwell/BMJI Books.

McKeown, L. L., Woodbeck, H. H., & Lloyd, M. (2014). A journey to improve oral care with best practices in long-term care. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, *48*(2), 51–53.

Melnyk, B. M. (2007). The evidence-based practice mentor: A promising strategy for implementing and sustaining EBP in healthcare systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *4*(3), 123–125.

Melnyk, B. M. (2014). Building cultures and environments that facilitate clinician behaviour change to evidence-based practice: What works? *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *11*(2), 79–80.

Melnyk, B. M. (2017). The difference between what is known and what is done is lethal: Evidence-based practice is a key solution urgently needed. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *14*(1), 3–4.

Meyer, G. (2004). Diffusion methodology: Time to innovate. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, *9*(S1), 61.

Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: Understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *104*(12), 510–520. http://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180

Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B., & Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation*, *24*(3), 315–340. doi: 10.1016/S1098-2140(03)00057-2

Patten, L. (2017). Organizing and empowering staff to find solutions. *Senior Care Canada* (3rd Quarter), 6–8.

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., . . . Downey, A. (2010). The role of nursing best practice Champions in diffusing practice guidelines: A mixed methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(4), 238–251.

Punch, D. (2016). Doing more for the 3Ds. *Registered Nurse Journal*, *28*(6), 12–17.

Rajapakse, B. N., Neeman, T., & Dawson, A. H. (2002). The effectiveness of a 'Train the Trainer' Model of resuscitation education for rural peripheral hospital doctors in Sri Lanka. *PLoS ONE*, *8*(11), e79491. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079491

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005). *Educator's resource: Integration of Best Practice Guidelines*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010). *Nursing faculty education guide: Tobacco use and associated health risks.* Retrieved from http://tobaccofreernao.ca/en/NFEG

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014, June 13). *Recommendations for first comprehensive nursing guideline on elder abuse released today.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2014/06/13/recommendations-first-comprehensive-nursing-guideline-elder-abuse-rel

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015a). *2014–2015 Best Practice Spotlight Organization Impact Survey: Summary of survey results.* Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_RNAO-BPSO_Impact_Survey_from_Printer.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015b, May 4). *Health-care professionals mark Nursing Week by showcasing excellence in evidence-based patient care.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2015/05/04/health-care-professionals-mark-nursing-week-showcasing-excellence-evi

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016a, May 4). *Nurses share their successes and challenges during National Nursing Week (May 9–15).* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2016/05/04/nurses-share-their-successes-and-challenges-during-national-nursing-w

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016b, July 14). *RNAO celebrates approval of supervised injection services by launching Best Practice Guideline*. Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2016/07/14/rnao-celebrates-approval-supervised-injection-services-launching-best

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017a). *Nurse educator mental health and addiction resource*. Retrieved from www.rnao.ca/bpg/initiatives/mhai

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017b, May 25). *Nurses stand proud during Nursing Week.* Retrieved from http://rnao.ca/news/nurses-stand-proud-during-nursing-week

Rempel, L. A., & McCleary, L. (2012). Effects of the implementation of a breastfeeding Best Practice Guideline in a Canadian public health agency. *Research in Nursing & Health*, *35*(5), 435–449. doi:10.1002/nur.21495

Rogers, E. M. (1962). *Diffusion of innovations.* New York, NY: Free Press.

Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). New York, NY: Free Press.

Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations.* New York, NY: Free Press.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY: Free Press.

Rogers, E. M., & Shoemaker, F. F. (1971). *Communication of innovations: A cross-cultural approach* (2nd ed.). New York, NY: Free Press.

Ryan, B., & Gross, N. (1943). The diffusion of hybrid seed in two Iowa communities. *Rural Sociology*, *8*(1), 15–24.

School of Nursing, Beijing University of Chinese Medicine. (2017, August 18). *Canada Ontario Registered Nurses Association BPSO evidence-based care and methods training campaign video.* Retrieved from http://huli.bucm.edu.cn/tzggsy/41572.htm

Stetler, C. B., Richie, J. A., Rycroft-Malone, J., & Charns, M. P. (2014). Leadership for evidence-based practice: Strategic and functional behaviour for institutionalizing EBP. *Worldviews in Evidence-Based Nursing*, *11*(4), 219–226.

Strang, D., & Soule, S. (1998). Diffusion in organizations and social movements from hybrid corn to poison pills. *Annual Review of Sociology*, *24*, 265–290.

Straus, S., Tetroe, J., & Graham, I. (Eds.). (2013). *Knowledge translation in health care* (2nd ed.) Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Van Achterberg, T., Schoonhoven, L., & Grol, R. (2008). Nursing implementation science: How evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *Journal of Nursing Scholarship*, *40*(4), 302–310.

Vanguardia. (2017, August 17). *Visita.* Retrieved from http://m.vanguardia.com/entretenimiento/sociales/407800-visita

Virani, T. (2007, June 12). Nurses help prevent falls [Letter to the editor]. *The Peterborough Examiner*.

Yarber, L., Brownson, C. A., Jacob, R. R., Baker, E. A., Jones, E., Baumann, C., . . . Brownson, R. C. (2015). Evaluating a train-the-trainer approach for improving capacity for evidence-based decision making in public health. *BMC Health Services Research*, *15*, 547. http://doi.org/10.1186/s12913-015-1224-2

CAPÍTULO

13

BPSO HOST: UN MODELO DE EXPANSIÓN GLOBAL

Teresa Moreno-Casbas, PhD, MSc, RN, FEAN
Esther González-María, PhD, MSc, RN
Laura Albornos-Muñoz, BSc

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Identificar cómo el Modelo BPSO Host ha abordado a nivel internacional las lagunas de la práctica basada en la evidencia
- Describir las estrategias multifacéticas para la traslación del conocimiento desarrolladas y utilizadas bajo el modelo BPSO Host
- Describir el impacto de la designación de BPSO en diferentes contextos del sistema de salud

INTRODUCCIÓN

La práctica basada en la evidencia se considera un paradigma metodológico que sirve de referencia para los criterios comunes que deben utilizarse en la toma de decisiones clínicas. En este contexto, la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) y el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia solicitaron ser BPSO Host (Centro Coordinador de BPSO), para iniciar el proyecto de designación de BPSO a nivel nacional. En este capítulo se describe la organización del Modelo BPSO Host en España, así como las estrategias y procesos utilizados en su desarrollo. Actualmente, la designación de BPSO en España tiene dos cohortes activas, una de ellas iniciada en 2012 y designada en 2015, y una segunda cohorte de candidatos a BPSO iniciada en 2015. La próxima cohorte de candidatos a BPSO comenzará en 2018. Se ha demostrado que la designación como BPSO tiene un impacto en las estructuras de salud, los desafíos organizativos, los procesos y los resultados de salud de los pacientes. En general, las organizaciones participantes han logrado un cambio en la cultura, orientándose hacia la práctica basada en la evidencia.

LA ATENCIÓN ENFERMERA EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.) de España forman parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) español, que se configura como un conjunto coordinado de servicios sanitarios de la Administración del Estado y de los Servicios Sanitarios de las CC.AA. El Sistema Nacional de Salud integra todas las provisiones y funciones de salud que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de las autoridades nacionales, mientras que otras áreas son transferidas a las propias CC.AA. Por lo tanto, el gobierno central tiene autoridad sobre la legislación básica, que afecta a toda la población española y la coordinación de las responsabilidades de las CC.AA. Los principales aspectos de las responsabilidades del gobierno central incluyen la financiación de la salud, la política farmacéutica, las políticas internacionales, así como todo lo relacionado con la formación de profesionales especializados.

Mientras tanto, las CC.AA. son competentes en materia de financiación y legislación subsidiaria, el despliegue de la salud pública en su territorio, la organización de su sistema de salud, así como los aspectos relacionados con la acreditación, la planificación, la compra y la prestación de servicios.

El Sistema Nacional de Salud español se caracteriza por su integración universal, se financia públicamente a través de impuestos y proporciona una atención integral a la población. Cuenta con una cartera de servicios específica, incluyendo el copago de recetas farmacéuticas no hospitalarias y un sistema de evaluación. Este sistema de salud está descentralizado dentro de las CC.AA. y organizado en niveles: principalmente atención primaria, atención especializada (hospitalaria) y atención de larga duración. En 2012, el Real Decreto-Ley 16/2012 introdujo en la ley recortes severos en el Sistema Nacional de Salud español. En 2015, el Sistema Nacional de Salud español contaba con un total de 164.385 enfermeras, siendo el mayor grupo de profesionales de la salud, con una proporción de 1,5 profesionales de enfermería por cada médico. Los hospitales emplean el mayor número de profesionales (77.446 médicos y 134.743 enfermeras), mientras que el nivel de atención primaria emplea a 34.900 médicos y 29.642 enfermeras. La proporción de profesionales por cada 1.000 habitantes se mantiene estable, con casi 0,6 profesionales por cada 1.000 habitantes en atención primaria y 2,9 por cada 1.000 habitantes en atención hospitalaria.

Dentro del sistema sanitario español, las enfermeras desempeñan un papel importante en la prestación de servicios de salud en atención primaria y hospitalaria. Los esfuerzos para sistematizar la transferencia de la mejor evidencia disponible a la práctica clínica de enfermería son comunes en todo el país, a través

de hospitales y centros de prestación de servicios, dirigidos por diferentes instituciones. Sin embargo, a principios de la década de 2000, se constató que el uso en la práctica de guías basadas en la evidencia variaba considerablemente, contribuyendo a diferencias indebidas en la calidad de los servicios prestados.

LA EXPERIENCIA ESPAÑOLA EN LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE RNAO

La Unidad Nacional de Investigación en Cuidados y Servicios Salud (Investén-isciii) pertenece al Instituto de Salud Carlos III, la principal Entidad Pública de Investigación Biomédica a nivel nacional. Uno de los objetivos es incorporar la investigación de enfermería en la práctica clínica diaria.

Nuestra preocupación era la variabilidad en la práctica clínica de las enfermeras dentro de nuestro sistema nacional de salud y su influencia en la seguridad y la calidad de los servicios prestados. Los enfoques para la evaluación de las prácticas de enfermería no eran comparables entre las CC.AA., ni siquiera entre instituciones, lo que limitaba la capacidad de supervisar sistemáticamente la prestación de servicios. Los esfuerzos anteriores para aumentar y mantener el uso de guías basadas en la evidencia en la prestación de servicios de salud en España tuvieron un éxito relativamente limitado. A pesar de ello, las enfermeras españolas perciben la traslación del conocimiento como una prioridad (Comet-Cortés et al., 2010).

En 2010, como medio para abordar la variabilidad en la prestación de cuidados y la calidad de la atención y para mejorar la calidad de los servicios, la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud se asoció formalmente con la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) para influir y evaluar la adopción de las Guías de Enfermería en todas las organizaciones de atención sanitaria, a fin de promover la excelencia en la práctica y los resultados positivos para los pacientes. La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud se convirtió en un Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados Host (BPSO Host), responsable de supervisar la implantación de la designación de BPSO de RNAO en España (Grinspun, 2011).

Para llegar a los profesionales clínicos, dependiendo de cada sistema de salud regional, nuestra primera estrategia fue contar con el apoyo del Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia. Se trata de un centro de ámbito nacional, creado en 2004 y liderado por el Instituto de Salud Carlos III a través de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), en el que participan 16 CC.AA. (regiones). Este Centro tiene como objetivo promover y apoyar la síntesis, transferencia y utilización de la evidencia a través de la identificación de prácticas sanitarias viables, apropiadas, significativas y efectivas para ayudar a mejorar los resultados de salud a nivel mundial. El BPSO Host español está coordinado por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), y el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (www. evidenciaencuidados.es).

REFLEXIÓN

¿Cómo impactó este contexto en el proceso de designación de BPSO en España? ¿Qué tipo de fortalezas y desafíos parece que puedan tener que abordarse en el proceso de implantación de las Guías?

CONSTRUIR UNA INICIATIVA DE ÉXITO

Las Guías de Buenas Prácticas de RNAO se centran en la atención de enfermería e integran no solo recomendaciones para la práctica, sino también recomendaciones para la formación, la organización y las políticas. Por lo tanto, las Guías están alineadas con el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, que aborda la calidad desde la perspectiva de la práctica, la formación y las políticas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010). Además, RNAO tiene experiencia en la implantación de las Guías a través de: la acogida de varias cohortes de BPSO en Ontario (Canadá),

el desarrollo y utilización de una herramienta de implantación basada en la evidencia (RNAO, 2012) y la prestación de capacitación y apoyo continuo. Las condiciones en España también fueron favorables, ya que el BPSO Host español cuenta con el apoyo de dos estructuras fuertes y prestigiosas, muy conocidas por las enfermeras españolas y otras partes interesadas.

La designación de BPSO española se basa en cuatro estrategias clave:

- **Traducción de las Guías al español**: Investén-isciii firmó un acuerdo con RNAO para traducir las Guías de Buenas Prácticas de RNAO para su uso en el contexto español, y en asociación con RNAO estableció los criterios de calidad para la traducción de las guías.
- **Difusión**: RNAO proporciona acceso en línea a la información de designación de BPSO. La difusión de BPSO promovida a través de los medios de comunicación y el marketing de las sesiones informativas fueron el medio para llamar la atención sobre la oportunidad de participar. Los BPSO en España se denominan "Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados" (CCEC o BPSO, por sus siglas en inglés).
- **Implantación y evaluación**: el BPSO Host español lanzó la primera convocatoria de BPSO a través de un proceso competitivo para seleccionar instituciones sanitarias en España para la implantación de las Guías de RNAO y la evaluación de los resultados (Ruzafa-Martínez et al., 2011). El enfoque es multidisciplinario y está dirigido por enfermeras, tiene múltiples vertientes en la estrategia, es específico para cada contexto e involucra a una amplia gama de partes interesadas. La *Herramienta: implantación de las Guías de Buenas Prácticas* de RNAO (2012) guía el proceso con un enfoque de formación de formadores, selección de las recomendaciones que se van a implantar, un calendario de las actividades de implantación planificadas para los 3 años de candidatura como BPSO y la monitorización mediante la medición del proceso y de los resultados de salud en los pacientes.
- **Sostenibilidad**: como Host España, Investén-isciii apoya el mantenimiento, la expansión de la implantación de las Guías y la creación de una red nacional de centros BPSO para unirse a la red internacional de BPSO supervisada por RNAO.

REFLEXIÓN

Considere cómo las cuatro estrategias clave que forman parte del plan de BPSO Host reflejan el marco del Conocimiento para la acción y los procesos de cambio exitosos.

NUESTRA PRIMERA COHORTE

De las 33 organizaciones que respondieron a la convocatoria, se seleccionaron ocho instituciones sanitarias (que representan 11 centros y prestan servicios a 1,3 millones de personas). Están ubicados en siete CC.AA. (regiones) diferentes e incluyen hospitales y centros de atención primaria de la salud.

Los BPSO seleccionados son:

- Centro de Salud Ponferrada II (G.A.P. Bierzo)
- Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
- Hospital Clínico San Carlos
- Hospital Doctor José Molina Orosa
- Hospital Medina del Campo
- Hospitales de Sierrallana y Tres Mares (G.A.E. Áreas de Salud Torrelavega-Reinosa)
- Hospital Rafael Méndez de Lorca junto con la Universidad de Lorca
- Hospital Universitario Vall d'Hebrón

Como dijo una de las líderes de BPSO:

> *"Ser seleccionado [como BPSO] es una motivación muy importante para cambiar nuestras prácticas de enfermería y demostrar que las pequeñas organizaciones pueden hacer grandes cosas".*
>
> –Mª Angeles González; G.A.P. Bierzo

En general, los BPSO implantaron 10 Guías, de acuerdo a las necesidades de cada institución. Las Guías más seleccionadas fueron:

- *Cuidado y manejo de la ostomía* (RNAO, 2009)
- *Prevención de caídas y lesiones derivadas por caídas en las personas mayores* (RNAO, 2011)
- *Guía de buenas prácticas de lactancia materna para enfermeras* (RNAO, 2003)
- *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2013)

> *"Cuando las guías no estaban alineadas con las áreas de mejora identificadas por las enfermeras y otros profesionales, no eran tan innovadoras y atractivas como lo son cuando hay alineación".*
>
> –Mª Luz Fernández; Hospitales de Sierrallana y Tres Mares

Entre 2012 y 2014, los candidatos de BPSO involucraron y formaron a profesionales de la salud en la implantación de las guías seleccionadas, la revisión y actualización de los protocolos y procedimientos, la monitorización y la evaluación de su utilización, y la presentación de datos a la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud y a RNAO (Albornos- Muñoz, González-María, & Moreno-Casbas, 2015; González-María, 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Una vez cumplidos con éxito todos los requisitos, obtuvieron la designación BPSO en 2015. Las organizaciones designadas siguen recibiendo apoyo de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) y RNAO, y renuevan su designación cada dos años, sobre la base de la consecución de los objetivos requeridos.

Si bien las organizaciones reciben un apoyo considerable del BPSO Host (la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud), en última instancia son responsables de asegurar la implantación de las guías dentro de su propia organización. Cada organización debe designar un líder general de BPSO, así como un líder para cada guía que va a ser implantada. Además, todos los directivos de la organización deben firmar el Acuerdo de BPSO con la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud para demostrar un amplio apoyo de la dirección para convertirse en un BPSO. Los centros seleccionan a un grupo de profesionales sanitarios para convertirse en Impulsores de cada guía; depende de las organizaciones cuántos son reclutados, siempre y cuando cumplan con el mínimo del 15% del personal de Enfermería estipulado en el Acuerdo. La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud capacita a los líderes sobre la implantación de las Guías y sobre cómo motivar a sus compañeros para que utilicen las Guías en la práctica.

La formación se impartió a través de un Modelo de Formación de Formadores, mediante el cual se designa en cada institución participante a un grupo de responsables o líderes de guías, que participan en un programa de formación formal de una semana de duración sobre la implantación de las guías de RNAO, la motivación de los profesionales para que utilicen las guías y la monitorización de su cumplimiento. Anualmente se ofrece formación adicional porque se reconoce que el desarrollo de la capacidad del personal es un proceso continuo que necesita actualizarse constantemente. Los responsables son entonces responsables de la formación de los profesionales de la salud en sus respectivas organizaciones y de supervisar el cumplimiento de las guías.

REFLEXIÓN

En su opinión, ¿qué factores en el proceso de implantación impulsaron la notable aceptación de los BPSO por parte de las organizaciones, el compromiso total de las enfermeras y el interés sostenido en este trabajo en toda España? ¿Cómo podrían replicarse estos factores en su entorno?

Para el componente de evaluación del programa, se han desarrollado "diccionarios de datos" para documentar e informar sobre los Indicadores de evaluación, que están específicamente relacionados con cada Guía y se utilizan para evaluar la implantación de las Guías de RNAO.

Como BPSO Host, proporcionamos un apoyo considerable a nuestros BPSO Directos de varias maneras. Además de la formación inicial de los líderes de BPSO, hay un seguimiento continuo para guiar el proceso de implantación y de monitorización. Las reuniones mensuales, la revisión y la retroalimentación periódicas de los resultados de la evaluación y las auditorías anuales proporcionan ventanas para comprender el progreso de cada uno de los BPSO, lo que nos permite apoyarlos en sus necesidades específicas. Esta relación de seguimiento e intercambio es altamente reconocida por los líderes de BPSO:

> *"Muchas cosas son nuevas para nosotros, pero no nos sentimos solos, el apoyo del BPSO Host nos ayuda a mantenernos concentrados para no perder el rumbo".*
>
> –Emma Alonso; Hospital Doctor José Molina Orosa

Además, promovemos el intercambio de conocimientos entre los BPSO, fomentando el trabajo en red entre organizaciones con características similares y que están implantando Guías similares.

> *"No estábamos acostumbrados a trabajar con organizaciones de salud pertenecientes a diferentes sistemas sanitarios regionales, este enfoque da una nueva perspectiva y es una herramienta poderosa".*
>
> –Pilar Pérez; Hospital Universitario Vall d'Hebrón

NUESTRA SEGUNDA COHORTE

A finales de 2014, se publicó una segunda convocatoria para candidatos a BPSO. Se presentaron 60 instituciones de toda España y fueron seleccionadas 10, que representan 70 centros sanitarios, para comenzar su implantación en 2015. Los candidatos seleccionados para BPSO son:

- Hospital Universitario Donostia
- Complejo Hospitalario de Navarra
- Área de Salud de Menorca

- Consorcio Hospital Universitario Arnau Vilanova (HUAV) – Hospital Santa María (HSM) - Facultad de Enfermería de Lleida
- Hospital Universitario Puerto Real
- Complejo Hospitalario Universitario de Granada
- Organización Sanitaria Integrada Debabarrena
- Centro de Salud José María Llanos
- Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan
- Hospital Valle de Nalón

En la actualidad, se están implantando 16 Guías, teniendo en cuenta ambas cohortes. La Figura 13.1 muestra la distribución de los BPSO en ambas cohortes en España, siendo las cifras en negrita las de la Cohorte 2. La Figura 13.2 muestra la lista completa de Guías seleccionadas, así como cuántos BPSO en cada cohorte están implantando cada una, con las cifras en negrita representando a la Cohorte 2. En total, 19.100 profesionales de la salud de 193 unidades participan en la iniciativa BPSO en España. Tienen 1.200 impulsores y están trabajando con miles de colaboradores. Juntos recogen datos sobre 35.983 pacientes y atienden a una población de 4.478.050 personas.



FIGURA 13.1 Cohortes 1 y 2 de centros BPSO en España. Usado con permiso.

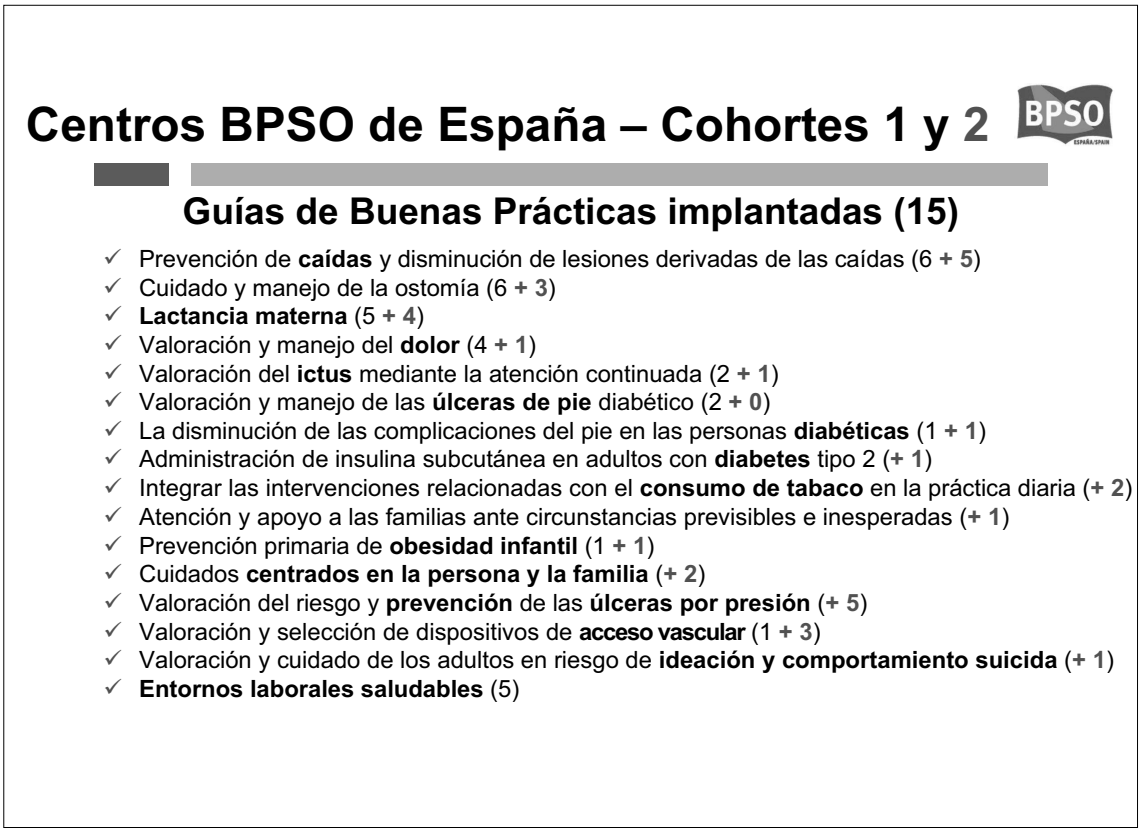


FIGURA 13.2 Guías implantadas por las cohortes 1 y 2 de BPSO en España. Usado con permiso.

Aunque las características de las organizaciones de la nueva cohorte difieren de las de la primera, los sentimientos de los líderes e impulsores siguen siendo alentadores. Las siguientes citas representan sus éxitos más destacados.

"Es tan asombroso observar cómo tres organizaciones que antes trabajaban por separado están trabajando juntas para un objetivo común...".

–Mercè Folguera y Josep María Gutiérrez;
Consorcio HUAV-HSM-Facultad de Enfermería de Lleida

"Los impulsores están desarrollando acciones que eran impensables hace un año."

–Cristina Torres; Organización Sanitaria Integrada Debabarrena

REFLEXIÓN

¿Cómo cree que se benefició la Cohorte 2 de las experiencias de la primera cohorte? ¿Qué hizo el BPSO Host para fomentar esto?

ESTRATEGIAS GENERALES

En la Tabla 13.1 se presenta un resumen de las estrategias comunes llevadas a cabo por los BPSO.

TABLA 13.1. ESTRATEGIAS COMUNES PARA LA IMPLANTACIÓN EFECTIVA EN LOS BPSO

ÁREAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Formación	■ Diseñar e impartir formación continua en metodología de implantación ■ Diseñar e impartir formación continua en relación con los temas de las guías	■ Diseñar diferentes modalidades de formación (en línea, presencial, exprés) ■ Elaborar planes de formación para las guías ■ Involucrar a los impulsores
Implantación	■ Desarrollar las operaciones de implantación en relación con la selección y adopción de las recomendaciones ■ Establecer un plan de acción desarrollado por los profesionales sanitarios de las unidades ■ Recopilar y movilizar las estrategias de implantación sugeridas por las unidades y difundirlas a todos los grupos ■ Aumentar el cumplimiento de las recomendaciones ■ Seguimiento y apoyo a los equipos de implantación en el desarrollo de estrategias	■ Evaluar las modalidades (por subgrupos, etc.) ■ Establecer diferentes mecanismos para la implantación (por ejemplo, piloto vs. recomendaciones) ■ Establecer diferentes mecanismos de comunicación ■ Evaluar las barreras y estrategias ■ Trazar estrategias para compensar a los profesionales
Sesiones de intercambio	■ Reunirse periódicamente para discutir los éxitos, retos y estrategias con los profesionales sanitarios de las unidades ■ Crear alianzas externas ■ Participar en una red más amplia de grupos externos (regionales, etc.)	■ Facilitar sistemas para las reuniones y la comunicación ■ Planificar y programar reuniones ■ Promover estudios multicéntricos, estancias clínicas formativas, intercambios, etc.
Plan de la evaluación	■ Evaluar utilizando un método común ■ Minimizar la variabilidad entre los evaluadores ■ Proporcionar retroalimentación sistemática y multinivel ■ Mantener un sistema continuo de evaluación y mejora	■ Desarrollar manuales de documentación y mecanismos de integración en los registros electrónicos ■ Desarrollar un plan de coordinación para la evaluación y la retroalimentación ■ Identificar nuevos indicadores para evaluar
Difusión	■ Asegurar la difusión del proyecto a varios niveles	■ Crear un grupo de difusión ■ Diseñar un plan de difusión que incluya diferentes procesos y canales

REFLEXIÓN

Considere cómo podría utilizar el cuadro de las estrategias de implantación presentado anteriormente. ¿Qué estrategias funcionarían bien en su entorno y por qué?

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

La evaluación es uno de los pilares fundamentales del programa. La información obtenida permite al Host conocer el grado de implantación, así como el impacto en la salud de los pacientes. La retroalimentación sistematizada a las diferentes partes interesadas es uno de los mecanismos más apreciados entre los involucrados.

> *"La evaluación y la retroalimentación a nivel de unidad son un elemento esencial. Los impulsores que participan en el equipo de evaluación comparten los resultados con sus colegas y contribuyen al desarrollo de nuevas soluciones para mejorar".*
>
> –Lucía Gárate; Hospital Universitario Donostia

La plataforma de evaluación NQuIRE® (Indicadores de Calidad Enfermera para la Monitorización y la Evaluación de RNAO proporcionan el mecanismo y proceso de evaluación para monitorizar la implantación de las Guías por parte de los BPSO. Para adaptar la evaluación a los requisitos del país, el BPSO Host español desarrolló una base de datos específica, CarEvID, para medir la estructura, el proceso y los resultados de la implantación de las Guías en las organizaciones españolas. Juntos, RNAO y el BPSO Host de España han analizado la aplicabilidad del conjunto mínimo de datos y han establecido procedimientos para transferir datos de la base de datos nacional de Enfermería CarEvID a la plataforma internacional NQuIRE.

Al igual que NQuIRE, la base de datos CarEvID integra indicadores en tres niveles para proporcionar informes comparativos. El primer nivel se compone de *datos de estructura*, que incluye las horas de enfermería, el modelo de prestación de atención y el perfil organizativo de la institución a nivel de unidad. Los indicadores de estructura se han definido a nivel nacional para reflejar la dotación de personal y otros datos sobre tipo de recursos humanos, que deben recopilarse en el nivel de la implantación. El segundo nivel incluye el conjunto mínimo de datos de *indicadores de calidad basados en procesos y resultados*, actualmente relacionados con 16 Guías de Buenas Prácticas. Cuarenta y dos indicadores de proceso y 30 indicadores de resultados forman parte del conjunto mínimo común de datos y se evalúan internacionalmente siguiendo la misma definición de indicadores, registros de variables y procedimientos. En el tercer nivel, se recopilan y procesan *datos nacionales o locales*. Estos indicadores de proceso y de resultados presentan especificidades, tales como formar parte de programas nacionales, no estar incluido en los registros nacionales o seguir diferentes procedimientos de recolección.

Todos los BPSO recopilan datos basales del mes anterior a su inicio oficial como candidatos a BPSO. Los datos se recogen posteriormente durante los últimos 5 días de cada mes, excepto en los casos de baja prevalencia, como la ostomía, en los que en ese caso se mide a todos los pacientes. CarEvID realiza el análisis descriptivo de las variables.

CarEvID incluye más de 8.000 registros relacionados con la prevención de caídas, 3.000 registros de valoración y manejo del dolor, 1.500 registros relacionados con la lactancia materna, 700 registros relacionados con el cuidado de ostomías y 200 registros relacionados con la evaluación de ictus. Esta base de datos es percibida por los BPSO como una forma importante de trabajar en red:

REFLEXIÓN

¿Cuál es la mejor manera de utilizar los datos de evaluación que se muestran en este capítulo para difundir la designación de BPSO y mantener los esfuerzos de las primeras cohortes en España?

"El uso de indicadores comunes, medidos de la misma manera, refuerza nuestra capacidad de aprender unos de otros en la red".

–Pilar Rodríguez; Hospital Medina del Campo

En términos de impacto, actualmente 18 instituciones en España contribuyen a la creciente base de datos NQuIRE, que ahora puede utilizarse para mostrar el impacto de la implantación. El componente internacional es una de las claves del éxito:

"La posibilidad de una evaluación comparativa internacional aumenta la credibilidad del programa para los cuerpos directivos que tienen que apoyarlo".

–Dolores Quiñoz; Complejo Hospitalario Universitario de Granada

IMPACTO GLOBAL

Son muchas las áreas en las que se puede observar el impacto de la designación de BPSO en España.

- Se han creado o promovido nuevas estructuras organizativas que sirven para integrar la cultura basada en la evidencia en la organización.
- Más de 3.200 enfermeras y otros profesionales de la salud han recibido formación para la implantación y/o específicamente para cada una de las intervenciones recomendadas por las Guías. Su formación ha dado como resultado: la armonización de las intervenciones, el desarrollo o la actualización de protocolos basados en la evidencia, la promoción de la formación del paciente y la evaluación de los indicadores internacionales de BPSO utilizando una plataforma electrónica.
- Uno de los resultados más importantes es la armonización de los registros. Debido a que los registros clínicos se establecen a nivel regional, cualquier cambio influye en todas las organizaciones de atención sanitaria dentro de una misma región, lo que puede resultar en una amplia difusión de la implantación de la Guía en el futuro.
- Algunas de las principales conclusiones incluyen la mejora de los indicadores de proceso y de resultados. La prevención de caídas, la atención de ostomías y la lactancia materna fueron tres de las guías seleccionadas con mayor frecuencia, respectivamente por once, nueve y nueve BPSO. Sus resultados en relación con estas guías mostraron mejoras significativas al comparar las medidas basales con los datos del tercer año posterior a la implantación, como se indica a continuación:
  - Registro de la valoración de la prevención de caídas (69,4% vs. 80%)
  - Valoración y formación preoperatoria a pacientes ostomizados (31,6% vs. 46%)
  - Marcado preoperatorio de ostomías (16% vs. 54%)
  - Reducción de caídas (2,2% vs. 1,78%)
  - Mejora de la lactancia materna exclusiva en el momento del alta tras el parto (60% vs. 81%)
  - Lactancia materna exclusiva a los 6 meses (29,7% vs. 40,3%)

Las contribuciones académicas y científicas son otra parte del éxito para los participantes de BPSO. Además de una mayor participación de los impulsores en congresos y otros eventos científicos, la implantación de las Guías se ha convertido en un área de estudio prominente para los estudiantes de máster y doctorado que actualmente participan como impulsores en los BPSO clínicos. La red de colaboración de BPSO está siendo utilizada, entre otros, para desarrollar proyectos de investigación. Aunque todavía no se dispone de los resultados de las investigaciones publicadas relacionadas con la implantación de las Guías en España, la recopilación de datos que se está llevando a cabo actualmente permitirá evaluar y analizar los resultados.

> *"Cuando nos comprometimos con RNAO en el programa de implantación de las Guías éramos muy optimistas en cuanto al éxito, pero nunca pensamos que tendría un impacto tan fuerte".*
>
> –Equipo del BPSO Host en España;
> Investén-isciii/ Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (CECBE).

Para resumirlo sucintamente, el impacto global ha significado:

- Mejor acceso y cumplimiento de las herramientas basadas en la evidencia específica de las Guías desarrolladas para enfermeras, otros profesionales de la salud y pacientes/cuidadores, lo que permite una atención más integral.
- Mayor satisfacción del paciente.
- Introducción de evaluaciones de riesgos para la prevención de problemas de salud, tales como caídas y lesiones por presión, con planificación y desarrollo implicando al equipo interprofesional, contribuyendo a una mejor asimilación y a una mayor satisfacción.
- Mejora en que los registros estén completos.
- Establecimiento de indicadores sensibles de enfermería.
- Mejor coordinación e integración de la atención en diferentes entornos.

REFLEXIÓN

¿Cómo se pueden utilizar los poderosos datos de este capítulo sobre España como país BPSO Host para apoyar el movimiento de la práctica basada en la evidencia en enfermería, la designación de BPSO y la sinergia global en enfermería a través de este trabajo?

CONCLUSIÓN

La designación de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO) en España es multicéntrica, abarca diferentes sectores de la salud (hospitalario, atención primaria, cuidados de larga duración y residencias de ancianos) y aborda una amplia gama de problemas sanitarios. La clave para el mantenimiento de la designación general de BPSO, junto con la consolidación de la red de BPSO y el establecimiento continuo de nuevas cohortes, fueron: las alianzas creadas a nivel micro y macro, la evaluación continua y la retroalimentación sobre las estrategias de implantación, y la difusión de los resultados y el desarrollo de la investigación relacionada.

Los resultados reportados por nuestros BPSO y la designación general de BPSO en España demuestran que la metodología de implantación de Guías de RNAO puede ser replicada con éxito a nivel internacional. Las estrategias desarrolladas a partir del contexto local contribuyen a la efectividad del programa y, a través de una red consolidada, estas estrategias junto con el conocimiento relevante de las Guías y su implantación han sido compartidos en los entornos sanitarios para promover una cultura basada en la evidencia que llega a un amplio espectro de profesionales de la salud y pacientes.

MENSAJES CLAVE

- La ampliación del modelo de BPSO Host está influenciada por el liderazgo de la enfermería, la planificación estratégica, la colaboración de equipos interprofesionales y las asociaciones, que refuerzan la difusión de buenas prácticas, reducen la variabilidad no justificada de la atención y aumentan la calidad.
- La plena participación de las enfermeras en la provisión de la práctica basada en la evidencia y la monitorización de su impacto motiva la pasión por un mejor rendimiento y el avance de la atención sanitaria centrada en las personas.
- El modelo de BPSO Host es un enfoque de éxito para difundir la práctica basada en la evidencia e inspirar la colaboración entre organizaciones.
- La evaluación del impacto de las Guías es más efectiva si aborda los indicadores de estructura, proceso y resultados medidos de manera consistente.
- El modelo de BPSO Host ha demostrado su gran potencial para influir en los resultados de salud de los pacientes a nivel local y regional, así como en los resultados para las enfermeras, la profesión, otros proveedores de atención sanitaria y las organizaciones de atención sanitaria.
- La metodología general de RNAO para la designación e implantación de BPSO, tal y como se ha demostrado en España, puede ser replicada con éxito a nivel internacional.

REFERENCIAS

Albornos-Muñoz, L., González-María, E., & Moreno-Casbas, T. (2015). Implantación de guías de buenas prácticas en España. Programa de Centros comprometidos con la excelencia en cuidados. *MedUNAB*, *17*(3), 163–169.

Comet-Cortés, P., Escobar-Aguilar, G., González-Gil, T., de Ormijana-Sáenz Hernández, A., Rich-Ruiz, M., & Vidal-Thomas, C. (2010). Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. *Enfermeria Clinica*, *20*, 88–96.

González-María, E. (2014). Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados o BPSO España. *NURE*, 71.

Grinspun, D. (2011). Guias de practica clinica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (Evidence-based clinical practice and work environment guidelines prepared by the Registered Nurses' Association of Ontario). *Enfermeria Clinica (Clinical Nursing)*, *21*(1), 1–2.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Retrieved from http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2003). *Breastfeeding Best Practice Guidelines for nurses*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *Ostomy care and management*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult* [Supplement]. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013). *Assessment and management of pain* (3rd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Ruzafa-Martínez, M., González-María, E., Moreno-Casbas, T., del Río Faes, C., Albornos-Muñoz, L., & Escandell-García, C. (2011). Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011–2016. *Enf Clin*, *21*(5), 275–283.

World Health Organization (WHO). (2015). *Nurses and midwifes: A vital resource for health. European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals*. Retrieved from http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/nurses-and-midwives-a-vital-resource-for-health.-european-compendium-of-good-practices-in-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals

CAPÍTULO

14

SUPERAR LAS DIFERENCIAS DE CONTEXTO Y DE IDIOMA: LOS BPSO PIONEROS EN CHINA

Hao Yufang, PhD
Guo Hailing, RN
Yan Lijiao, MS, RN
Tian Runxi, MSN, RN
Zhao Junqiang, BScN, RN

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Comprender las estrategias para superar las diferencias contextuales al implantar las Guías de Buenas Prácticas en una cultura diferente.
- Describir los elementos facilitadores y los obstáculos dentro del contexto chino en la implantación de las Guías de Buenas Prácticas.
- Elaborar un plan de acción relacionado con la implantación de las Guías de Buenas Prácticas, basándose en los elementos facilitadores para abordar los obstáculos identificados.
- Analizar las similitudes y diferencias en la experiencia de BPSO en un entorno académico y de servicio.
- Apreciar el impacto de la designación de BPSO en los pacientes, estudiantes, profesores, personal de Enfermería y organizaciones.

INTRODUCCIÓN

Este capítulo trata sobre la vinculación pionera entre la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) y organizaciones en China para establecer Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO, por sus siglas en inglés). Las experiencias de un BPSO de servicio y de un BPSO Académico se comparten, junto con el gran éxito y difusión, lo que da lugar a varios BPSO adicionales en China. El capítulo destaca los temas de creación de capacidad, transferencia de conocimientos, alcance de los cambios en la práctica y el papel del líder del BPSO en la garantía de una implantación de éxito de las Guías. Además, la integración de la medicina y la Enfermería tradicional china en el modelo chino de BPSO se perfila como parte de este contexto específico.

EL TRASFONDO DE LA INTRODUCCIÓN DE CENTROS BPSO EN CHINA

China representa aproximadamente una quinta parte de la población mundial (Deloitte Touche Tohmatsu Limited, 2014). Es una nación con una severa escasez de enfermeras. Para dar cabida a las crecientes demandas de calidad y accesibilidad de la atención sanitaria, China está llevando a cabo importantes reformas sanitarias (Zhu, Rodgers y Melia, 2014), que han impulsado cambios relevantes en la educación, la práctica y la investigación en Enfermería. Sin embargo, aún quedan muchos desafíos por delante. En primer lugar, en la formación de Enfermería, el plan de estudios y el contenido de la enseñanza no pueden estar a la altura de las rápidas actualizaciones de los conocimientos. En segundo lugar, los métodos monótonos de enseñanza no atraen eficazmente a los estudiantes, convirtiéndolos así en receptores pasivos del conocimiento que carecen de innovación, creatividad y capacidad para obtener conocimientos. En tercer lugar, existe una gran brecha en la Enfermería entre la evidencia y la práctica (Zhang, 2003). La mayoría de las enfermeras prefieren utilizar sus propias experiencias como referencia para la práctica debido a sus muchos años de práctica. A veces, la práctica de las enfermeras en China se basa en libros de texto que están anticuados. Además, muchos de los protocolos desarrollados para guiar la práctica de la Enfermería se basan en el consenso de los expertos en lugar de en pruebas más rigurosas (Jin et al., 2016). Aunque algunas enfermeras se están familiarizando con el uso de la práctica basada en la evidencia, rara vez evalúan la factibilidad y adecuación de la evidencia para su propio uso.

Con cada desafío viene una oportunidad. La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) proporciona un marco científico basado en la investigación de Enfermería y ofrece guías para la práctica clínica de la Enfermería y la formación. Es un enfoque eficaz para resolver los dilemas a los que se enfrentan las enfermeras en China.

ESTABLECIMIENTO DE CENTROS ACADÉMICOS Y DE SERVICIOS EN CHINA

En 2015, el Hospital DongZhiMen y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Medicina China de Beijing (BUCM, por sus siglas en inglés) se convirtieron en los dos primeros BPSO de China. El objetivo de unirse a los BPSO era y sigue siendo la necesidad urgente de promover una cultura de práctica de Enfermería basada en la evidencia y de toma de decisiones de gestión, optimizar la atención, la formación y la investigación en Enfermería mediante la introducción sistemática de la Enfermería basada en la evidencia.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DEL BPSO

Un equipo estructurado y bien organizado de BPSO es el requisito previo para implantar con éxito las Guías y en China se fijaron varias prioridades. En primer lugar, el director del BPSO actúa como líder científico y administrativo de una entidad y supervisa su desempeño general. En segundo lugar, el líder del BPSO es responsable de toda la implantación de las Guías. En tercer lugar, la implantación de las Guías involucra a varias partes interesadas. Como BPSO académico, la Escuela de Enfermería de la BUCM tenía como objetivo asegurar la buena integración de las Guías en el plan de estudios mediante el uso de las siguientes estrategias:

- Tener un miembro experimentado del profesorado que instruyese a otros miembros del profesorado en la práctica basada en la evidencia, especialmente si no tenían experiencia en esta área.
- Seleccionar a directores del profesorado como líderes de las Guías para que se encargasen de su implantación en cursos específicos de Enfermería.
- Hacer que los líderes de cada Guía analizaran el Programa de BPSO con el profesorado, incluyendo estrategias para su implantación, ya que esos miembros del profesorado serán fundamentales para integrar las Guías seleccionadas en los planes de estudios de Enfermería.
- La participación del profesorado en el proceso de planificación les ayuda a adaptarse a los cambios introducidos por el Programa de BPSO, y también a ajustar su propio programa de enseñanza y metodología para integrar las Guías en su curso.
- Involucrar a los estudiantes e identificar cuáles son sus formas preferidas de adquirir conocimientos.

El proceso de integración en el Hospital DongZhiMen ha sido similar, aunque más complejo, ya que las enfermeras clínicas tienen que aplicar las recomendaciones de las Guías en su práctica diaria con sus pacientes. Por lo tanto, la composición de su equipo de BPSO debe ser más completa, con mucho énfasis en la capacitación, la recopilación de datos, la auditoría y la retroalimentación. La Figura 14.1 muestra un ejemplo de la configuración de la infraestructura en el Hospital DongZhiMen, que incluye un comité directivo general y subcomités para cada una de las tres Guías implantadas.

SELECCIONAR Y TRADUCIR GUÍAS

La selección y traducción de las Guías y su adaptación a la cultura local son pasos clave para comprender el proceso de desarrollo de las Guías y el contenido de las guías específicas antes de su implantación. Nuestros centros BPSO seleccionaron guías específicas basadas en los siguientes criterios:

- ¿Cuáles son los temas de Enfermería prioritarios que deben abordarse en la formación de Enfermería y en la práctica clínica actual?
- ¿Se pueden encontrar soluciones en las Guías?
- ¿Cómo encaja el conocimiento de las Guías con las prioridades y ajustes actuales?

Después de seleccionar las guías, el proceso de traducción podía comenzar. Este paso requería una cuidadosa planificación y colaboración con RNAO para garantizar una traducción precisa. En la Escuela de Enfermería de la BUCM, el equipo de traducción incluía a un líder de la universidad que se especializó en el tema, a varios candidatos a maestría en Enfermería y a uno o más miembros del personal clínico especializado. Después de la traducción, RNAO lleva a cabo un examen minucioso para asegurarse de que sea claro y preciso. Las Guías traducidas, con el pleno reconocimiento de los colaboradores, se publican finalmente en la página web de RNAO, de libre acceso para los usuarios.

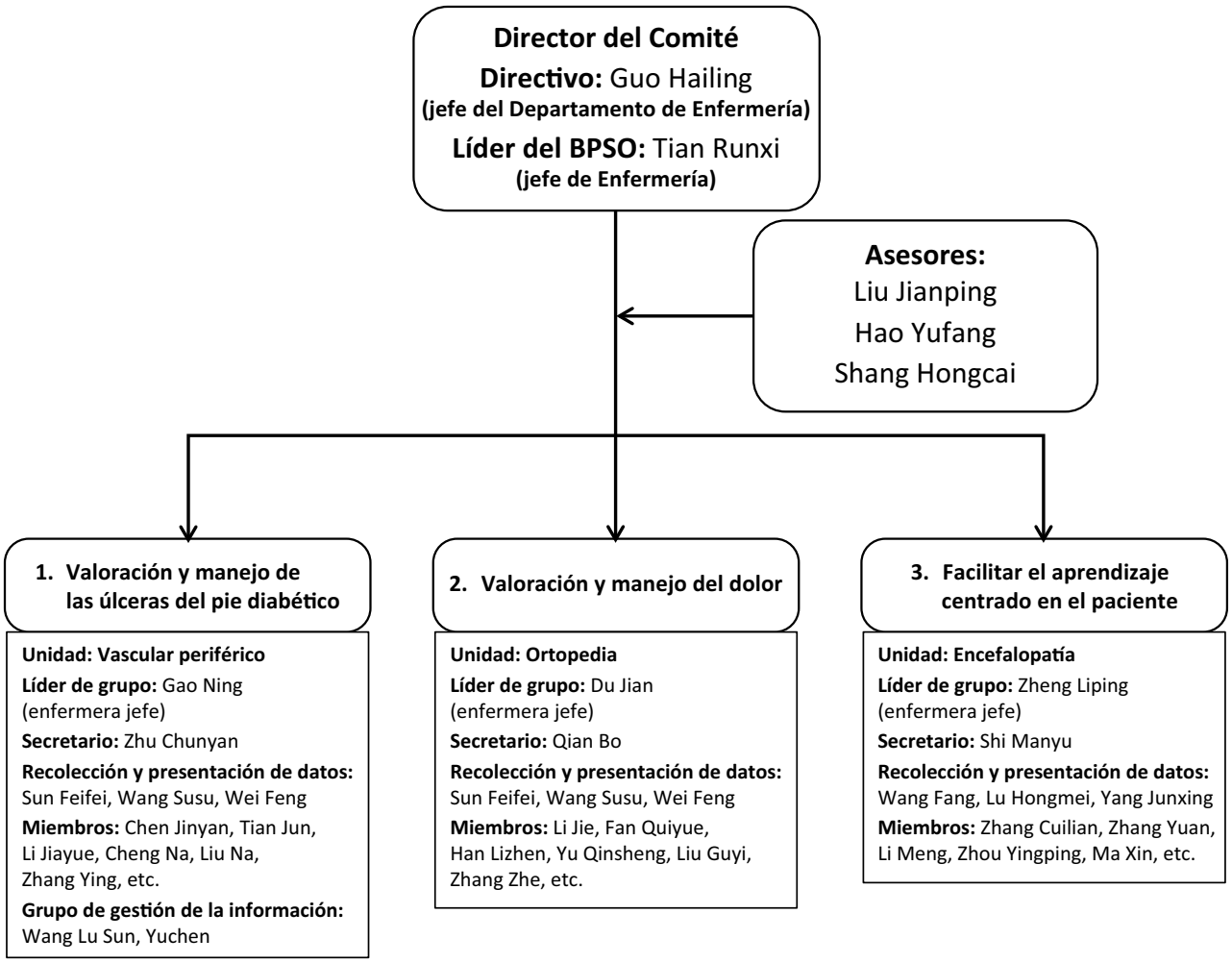


FIGURA 14.1 Infraestructura del BPSO en el Hospital DongZhiMen. Usado con permiso.

INTEGRACIÓN DE LAS GUÍAS EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA: LA EXPERIENCIA DE LA BUCM

La integración de las Guías en el plan de estudios es un proceso completo que se integra en todo el programa. Involucra a todos los socios, incluyendo a enfermeras y a otros profesores, estudiantes y socios clínicos. A continuación, analizamos la infinidad de enfoques que utilizamos para asegurarnos de involucrar activamente a todos los socios en la transformación de nuestro programa (tanto en la teoría como en las metodologías de enseñanza) en uno que esté basado en la evidencia.

EN EL AULA

Después de seleccionar las Guías específicas que se implantarán, el líder de las Guías necesita estudiar el contenido junto con el profesorado que lo incorporará a sus cursos. En el caso de la Guía *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a), el contenido se enseña a menudo en cursos de Enfermería médica y quirúrgica. Al revisar el contenido, el profesorado responsable de esos cursos discutió las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se desarrolla y organiza la Guía?
- ¿Cuáles son las recomendaciones de esta Guía?
- ¿Cuáles son las diferencias entre la práctica clínica actual y las recomendaciones de la Guía?
- En el pasado, solo algunos puntos clave sobre el cuidado de las úlceras del pie de pacientes diabéticos se enseñaban en esos cursos dentro de la hora de clase. ¿Cómo se puede integrar una cantidad significativa de nuevos conocimientos en el mismo marco temporal?
- ¿Qué estrategias se pueden utilizar para integrar las recomendaciones en la clase y despertar el interés de los estudiantes?

Esta discusión es una manera efectiva no solo de mejorar y actualizar el conocimiento de los propios profesores en este tema específico, sino también de comprender la brecha entre las recomendaciones y la práctica clínica. Sobre la base de este análisis, los profesores pueden ajustar el plan de estudios para incorporar los conceptos y recomendaciones basados en la evidencia en los objetivos de aprendizaje. Por ejemplo, los objetivos actuales de un curso de *Enfermería Médica* (Usted, 2012) dirigido al cuidado de pacientes diabéticos son:

- Adquirir conocimientos básicos sobre Enfermería basada en la evidencia y entender las diferencias entre el libro de texto del curso y la Guía de Buenas Prácticas de RNAO.
- Entender las recomendaciones clave de la Guía de RNAO (2013a): *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético*.
- Describir cómo aplicar esas recomendaciones en la práctica clínica diaria.

Antes de cada clase, los docentes de Enfermería proporcionan materiales de lectura, incluyendo partes de las Guías y referencias adicionales, para que los estudiantes los revisen con anticipación. Durante la clase, los profesores amplían los fundamentos de la Enfermería basada en la evidencia y las recomendaciones clave de la Guía y comparten ejemplos específicos de cómo integrar los conceptos basados en la evidencia en la práctica clínica. Se adoptan varios métodos de enseñanza para hacer que la experiencia de aprendizaje sea más interactiva, como la enseñanza entre compañeros, los juegos de rol, el aprendizaje basado en problemas, el aprendizaje en equipo y el aula invertida. Desde que entramos en el Programa de BPSO, nuestras propias metodologías de enseñanza se han vuelto más dinámicas y atractivas, enriquecidas con las técnicas que aprendimos durante nuestras sesiones de formación con RNAO.

Para evaluar el impacto de la implantación de las Guías en el plan de estudios, el sistema de evaluación del curso necesitaba varios cambios. En primer lugar, las preguntas sobre Enfermería basada en la evidencia y las recomendaciones de la Guía se añadieron a las pruebas y al examen final del curso. Este cambio enfatizó la importancia del nuevo contenido y dirigió la atención de los estudiantes cuando estudiaban. En segundo lugar, la evaluación formativa se mejoró con métricas para evaluar el desempeño de los estudiantes en la enseñanza entre compañeros, juegos de roles y otros ejercicios que promueven el aprendizaje dinámico.

INTRODUCCIÓN DE LA FACILITACIÓN DEL APRENDIZAJE CENTRADO EN EL PACIENTE (RNAO, 2012) EN UN CURSO SOBRE LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA EN LA BUCM

Los docentes adoptaron el contenido de la Guía de *Aprendizaje centrado en el paciente* (2012a) en sus conferencias y también implantaron algunas de las recomendaciones de la Guía *Aprendizaje centrado en el paciente* en lo que respecta a la situación de los estudiantes y profesores en el aula. Las recomendaciones adoptadas incluían las que se enumeran a continuación, con adaptaciones específicas para la situación de aprendizaje del estudiante que se identifican a continuación:

I. Los docentes pueden seguir los seis puntos del Modelo LEARNS (RNAO, 2012a, pp. 19-20) de la Guía:

- Escuchar las necesidades de los estudiantes: ¿Cómo puedo animar a los estudiantes a dar sus opiniones y consejos?
- Establecimiento de asociaciones: ¿Cómo me comprometo y construyo una asociación de confianza con los estudiantes?
- Adoptar un enfoque de aprendizaje: ¿Cómo cambio a un enfoque más formal, estructurado e interactivo para facilitar el aprendizaje?
- Reforzar la competencia en la práctica de Enfermería: ¿Cómo puedo fomentar el conocimiento de Enfermería y mejorar la práctica de Enfermería de los estudiantes?
- Nombrar los nuevos conocimientos: ¿De qué manera puedo verificar la comprensión entre los estudiantes?
- Fortalecimiento del autoaprendizaje: ¿Cómo puedo promover o fortalecer la capacidad de autoaprendizaje de los estudiantes (por ejemplo, ejercicios extraescolares, presentaciones de estudios de caso y uso de recursos escolares)?

II. Basándonos en las recomendaciones 1, 2, 3, 4 y 8 de la Guía (RNAO, 2012a, pp. 6-7), relacionadas con la creación de un entorno seguro para evaluar el aprendizaje, la evaluación de las necesidades de aprendizaje, la adaptación del enfoque mediante la evaluación en colaboración con los estudiantes y los colegas y la evaluación del aprendizaje, hemos diseñado la metodología para que los estudiantes puedan participar en situaciones de juego de roles de enfermera/paciente simulando diálogos de enseñanza apropiados. Si el tema es una enfermedad específica o un diagnóstico de Enfermería, el "enfermero/a" debe hacer lo mejor que pueda para explicarlo en lenguaje claro al "paciente" y evaluar si el "paciente" lo entiende. Al mismo tiempo, la enfermera también debe pensar desde la perspectiva del paciente y reconocer sus sentimientos. De esta manera, los estudiantes pueden experimentar un escenario clínico relativamente realista y adquirir ciertas habilidades para facilitar el aprendizaje centrado en el paciente en la práctica clínica futura.

III. La recomendación 6 utiliza un lenguaje sencillo para promover la educación sanitaria (RNAO, 2012a, p. 6). Apoyamos a los estudiantes para que se conviertan en expertos en esto pidiéndoles que hagan una breve presentación al principio de cada clase, demostrando cómo enseñarían a un paciente. El tema proporcionado al estudiante puede ser una enfermedad específica o un problema clínico de Enfermería. Por ejemplo, los estudiantes pueden hacer una presentación sobre la dieta de un paciente con cáncer. Pueden elegir el contenido y los métodos de presentación (presentación oral, PowerPoint, juego de roles, etc.) para hacer que el conocimiento sea comprensible y memorable. Después de su presentación, la clase discutirá la manera óptima de proporcionar educación de salud a los pacientes.

IV. La recomendación 7 evalúa la eficacia de la estrategia educativa (RNAO, 2012a, p. 6); los educadores la utilizan en el plan de estudios haciendo preguntas a los alumnos sobre las lecciones clave de clases anteriores en las que se emplearon diferentes métodos de enseñanza. A través de esto, pueden determinar qué métodos eran más propicios para la asimilación de conocimientos y explorar una variedad de enfoques para hacer que la clase sea más atractiva.

Evaluación del trabajo de los estudiantes

Los estudiantes son evaluados exhaustivamente a través de presentaciones, respuestas a preguntas, discusiones en grupo, conversaciones sobre la situación de Enfermería y exámenes escritos. Las presentaciones pueden proporcionar a los estudiantes la oportunidad de mejorar su confianza y sus habilidades de comunicación oral. A través de la respuesta a preguntas, los profesores pueden comprobar si los estudiantes han adquirido los conocimientos específicos. La discusión de casos en grupos puede ayudar a los miembros del grupo a mejorar sus habilidades de comunicación y cultivar un sentido de trabajo en equipo. La conversación situacional es una manera efectiva de exponer a los estudiantes a contextos clínicos relativamente reales y enfatizar la importancia de escuchar y pensar desde la perspectiva del paciente. El examen escrito sigue siendo un componente necesario para evaluar si los estudiantes han absorbido completamente el material del curso.

Fuera del aula

Dadas las limitaciones de tiempo de la formación en el aula, los educadores de Enfermería idearon métodos adicionales para que los estudiantes entendieran la Enfermería basada en la evidencia. En la Universidad de Medicina China de Beijing se aplicaron los siguientes enfoques.

Segunda Aula

A los estudiantes de Enfermería de segundo año se les pidió que formaran equipos y se familiarizaran con la Guía de RNAO (2012a) *Facilitar el aprendizaje centrado en el paciente*, durante sus vacaciones de invierno. En sus equipos, analizaron el contenido de la Guía, las brechas entre la Guía y la práctica clínica actual y los cambios en su conocimiento y actitud hacia la enseñanza de la salud en la práctica clínica después de estudiar la Guía. Al principio del siguiente semestre, se les pidió a los estudiantes que hicieran presentaciones basadas en sus análisis, usando PowerPoint u otros medios audiovisuales.

Clase de verano

Los estudiantes tienen la oportunidad de asistir a clases durante las vacaciones de verano y una de las clases incluye conferencias de expertos en Enfermería basada en la evidencia. Sus conferencias están organizadas sistemáticamente para cubrir los aspectos de: hacer preguntas clínicas, buscar evidencia de investigación, evaluar la evidencia de investigación y aplicar la evidencia a la práctica. A partir de estas conferencias, los estudiantes pueden adquirir una comprensión profunda de los conceptos y la práctica de la Enfermería basada en la evidencia.

Asociación de Estudiantes de Enfermería Basada en la Evidencia

La Asociación de Estudiantes de Enfermería Basada en la Evidencia está dirigida por estudiantes graduados que son Impulsores de Guías. Su membresía incluye a estudiantes de Enfermería de la BUCM, así como estudiantes de otras escuelas interesadas en la Enfermería basada en la evidencia. Las principales responsabilidades de la asociación son proporcionar formación en EBE a los estudiantes de pregrado, traducir las Guías y revisar las Guías con los estudiantes de pregrado, con la orientación del profesorado. Este es un enfoque efectivo para difundir el conocimiento del BPSO y preparar a más Impulsores de Guías en la organización.

IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA CLÍNICA: LA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DONGZHIMEN

El proceso de introducir una guía clínica en el ámbito de la práctica es similar al utilizado en el ámbito académico. La herramienta de RNAO (2012b) es un recurso crítico que proporciona orientación detallada sobre la implantación de las Guías en la práctica clínica. El proceso general es el siguiente:

1. Identificar las lagunas entre la Guía y la práctica clínica. Para los que no son anglófonos, la primera cuestión que debe ser abordada antes de la implantación de la Guía es la comprensión profunda del contenido de la Guía.
2. El siguiente paso es realizar una reunión de equipo multidisciplinario para identificar las brechas entre las recomendaciones de la Guía y la práctica clínica. En esta reunión, cada recomendación es revisada y calificada. Las siguientes preguntas se utilizan para la consideración:
   - ¿Cuáles son las recomendaciones que ya se han aplicado?
   - ¿Existen recomendaciones que solo se hayan aplicado parcialmente?
   - ¿Cuáles son las diferencias entre la práctica clínica actual y la práctica recomendada y hasta qué punto existen?
   - ¿Existen recomendaciones que puedan ser implantadas rápidamente?
   - ¿Cuáles serán los obstáculos para la implantación de esas recomendaciones, como el presupuesto, las aptitudes del personal, la carga de trabajo, etc.?

La reunión concluye con una decisión final sobre las recomendaciones que se implantarán. En la Tabla 14.1 se ofrece un ejemplo del proceso de revisión de una Guía específica.

TABLA 14.1 EJEMPLO DE DEFICIENCIAS IDENTIFICADAS EN EL HOSPITAL DONGZHIMEN

GUÍA DE RNAO *VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR* (RNAO, 2013B)				
RECOMENDACIÓN DE LA GUÍA	**CONSEGUIDO**	**PARCIALMENTE CONSEGUIDO**	**NO CONSEGUIDO**	**COMENTARIOS**
1.1 Examinar la presencia o el riesgo de cualquier tipo de dolor: ■ Al ingresar o visitar a un profesional sanitario ■ Después de un cambio de estado médico ■ Antes, durante y después de un procedimiento	✓			Ficha de evaluación de la admisión y la guía de cuidados de Enfermería de MTC (Medicina Tradicional China)

RECOMENDACIÓN DE LA GUÍA	CONSEGUIDO	PARCIALMENTE CONSEGUIDO	NO CONSEGUIDO	COMENTARIOS
1.2 Realizar una evaluación completa del dolor en las personas sometidas a examen que tengan la presencia o el riesgo de cualquier tipo de dolor utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas adecuadas.	✓			Escala y puntuación analógica visual (VAS, por sus siglas en inglés)
1.3. Realizar una evaluación completa del dolor en las personas que no pueden autoevaluarse utilizando una herramienta validada.			✓	Todos los pacientes de esta unidad son capaces de autoevaluarse
1.4. Explorar las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión de la persona sobre el dolor y el manejo del dolor.	✓			Ficha de evaluación de la admisión
1.5. Documentar las características del dolor de la persona.	✓			Ficha de evaluación de la admisión
2.1. Colaborar con la persona para identificar sus objetivos para el manejo del dolor y las estrategias adecuadas para asegurar un enfoque integral del plan de atención.		✓		Faltan opiniones de los pacientes
2.2. Establecer un plan de atención integral que incorpore los objetivos de la persona y del equipo interprofesional y que aborde: ■ Conclusiones de la evaluación ■ Las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión de la persona ■ Los atributos de la persona y las características del dolor		✓		Faltan opiniones de los pacientes
3.1. Implantar el plan de tratamiento del dolor utilizando principios que maximicen la eficacia y minimicen los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas, incluyendo: ■ Enfoque analgésico multimodal ■ Cambio de opiáceos (dosis o rutas) cuando sea necesario ■ Prevención, evaluación y tratamiento de los efectos adversos durante la administración de analgésicos opiáceos ■ Prevención, evaluación y tratamiento del riesgo de los opioides		✓		No es adecuado en el contexto de China. Las enfermeras no están autorizadas a hacerlo
3.2 Evaluar cualquier intervención no farmacológica (física y psicológica) para determinar la efectividad y el potencial para las interacciones con las intervenciones farmacológicas.	✓			

continúa

TABLA 14.1 EJEMPLO DE DEFICIENCIAS IDENTIFICADAS EN EL HOSPITAL DONGZHIMEN (CONTINUACIÓN)

RECOMENDACIÓN DE LA GUÍA	CONSEGUIDO	PARCIALMENTE CONSEGUIDO	NO CONSEGUIDO	COMENTARIOS
3.3. Enseñar a la persona, a su familia y a los cuidadores sobre las estrategias de manejo del dolor en su plan de atención y abordar las preocupaciones y los conceptos erróneos conocidos.		✓		Folletos de educación para la salud, podrían involucrar más a los pacientes
4.1. Reevaluar la respuesta de la persona a las intervenciones de manejo del dolor usando consistentemente la misma herramienta de reevaluación. La frecuencia de las reevaluaciones será determinada por: ■ Presencia de dolor ■ Intensidad del dolor ■ Estabilidad de la condición médica de la persona ■ Tipo de dolor, por ejemplo, agudo o persistente ■ Entorno de práctica	✓			
4.2. Comunicar y documentar las respuestas de la persona al plan de control del dolor.	✓			Ficha de registro de Enfermería
5.1. Las instituciones educativas deberían incorporar esta guía, *Valoración y manejo del dolor* (3ª ed.), en los planes de estudios básicos e interprofesionales para enfermeras tituladas, enfermeras especialistas y programas de doctorado en medicina para promover la práctica basada en la evidencia.			✓	No es adecuado en el contexto clínico, pero sí en el BPSO académico.
5.2. Incorporar el contenido de las estrategias de transferencia de conocimientos en los programas de educación para que los proveedores de servicios de salud pongan en práctica la evidencia relacionada con la evaluación y el manejo del dolor.			✓	No es adecuado en el contexto clínico, pero sí en el BPSO académico.
5.3. Promover la educación y la colaboración interprofesional en relación con la evaluación y el manejo del dolor en las instituciones académicas.			✓	No es adecuado en el contexto clínico, pero sí en el BPSO académico.
5.4 Los profesionales sanitarios deben participar en oportunidades de formación continua para mejorar el conocimiento y las habilidades específicas para evaluar y manejar el dolor de manera competente, sobre la base de esta guía, Valoración y manejo del dolor (3a ed.).		✓		Hay formación en esta área, pero no como un programa especial de formación.
6.1. Establecer la evaluación y el manejo del dolor como una prioridad clínica estratégica.	✓			Con el apoyo del departamento de Enfermería

RECOMENDACIÓN DE LA GUÍA	CONSEGUIDO	PARCIALMENTE CONSEGUIDO	NO CONSEGUIDO	COMENTARIOS
6.2. Establecer un modelo de atención que apoye la colaboración interprofesional para la evaluación y el manejo eficaces de dolor.	✓			Actualmente hay un grupo de manejo del dolor en nuestro hospital
6.3. Utilizar el proceso de transferencia de conocimientos y la tecnología multifacética de las organizaciones para ayudar a los profesionales sanitarios a evaluar y manejar el dolor en la práctica.	✓			Apoyo del ámbito académico, en especial de la BUCM y del BPSO
6.4. Utilizar un enfoque sistemático a nivel de toda la organización para implantar la Guía de Buenas Prácticas *Valoración y manejo del dolor* (3 ed.) y proporcionar recursos y apoyo organizativo y administrativo para facilitar la adopción.			✓	Con el tiempo, a medida que expandimos esta Guía, el trabajo del BPSO nos ayudará con esto.

Los resultados del análisis de deficiencias guiaron el trabajo de implantación de la Guía y condujeron a una mayor participación de los pacientes en su atención; una mejor enseñanza sobre el dolor centrada en el paciente; una mayor independencia de las enfermeras para llevar a cabo la evaluación del dolor, las intervenciones, la supervisión y la evaluación; y un enfoque más consistente para el manejo del dolor en todo el hospital.

EVALUACIÓN DE LOS FACILITADORES Y LAS BARRERAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA

La identificación de elementos facilitadores puede permitir al equipo del BPSO maximizar el apoyo a la implantación de la Guía y la identificación de obstáculos permite al equipo desarrollar estrategias efectivas para superar o mediar en las primeras etapas del proceso de implantación. Este proceso puede aumentarse entrevistando a los grupos interesados identificados. En la Tabla 14.2 se ofrece un ejemplo de los elementos facilitadores y los obstáculos identificados en relación con la implantación de la *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a) en el Hospital DongZhiMen.

TABLA 14.2. FACILITADORES Y BARRERAS IDENTIFICADOS EN LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA EN EL HOSPITAL DONGZHINMEN

GUÍA DE RNAO: *VALORACIÓN Y MANEJO DE LAS ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO* (2013A)		
Facilitadores	Apoyo de las políticas	Los programas nacionales de desarrollo de Enfermería 2010-2015 y 2016-2020 han dejado claro que los métodos científicos deben ser utilizados para estandarizar la práctica de la Enfermería clínica.
	Apoyo del liderazgo	El programa cuenta con el apoyo de los directores del departamento de Enfermería, el departamento médico y los jefes de Enfermería.
	Fuente adecuada de datos de pacientes	La enfermedad vascular periférica está autorizada en este departamento como la disciplina clave a nivel nacional y el tratamiento del pie diabético es su especialidad. Anualmente, cientos de pacientes con pie diabético acuden a este departamento para recibir tratamiento.
	El gran interés y la actitud positiva del personal de Enfermería	Aunque el conocimiento profesional del personal de Enfermería sobre la Enfermería basada en la evidencia es generalmente inadecuado, tienen gran interés en las Guías y están dispuestos a aprender más.
	Apoyo del ámbito académico	El centro académico ofrece capacitación a las enfermeras del personal sobre los conocimientos básicos de la Enfermería basada en la evidencia y proporciona instrucciones sobre la utilización de la evidencia en la práctica.
Obstáculos	Recursos humanos	La escasez de enfermeras se ha convertido en un problema crítico en toda China, así como en el departamento vascular periférico.
	Falta de conocimientos y habilidades	Aunque muchas enfermeras del personal han oído hablar de la Enfermería basada en la evidencia, rara vez aceptan la formación pertinente y no tienen una comprensión clara y profunda de la Enfermería basada en la evidencia.
	Alcance de la práctica de Enfermería	El alcance de la práctica de Enfermería varía mucho de un país a otro. Algunas recomendaciones están fuera del alcance de la práctica de las enfermeras y no son del todo adecuadas en el contexto clínico de China (por ejemplo, la recomendación de evaluar las úlceras del pie para detectar infecciones utilizando técnicas de evaluación clínica, basadas en los signos y síntomas, y facilitar la realización de pruebas diagnósticas adecuadas, si así se indica).
	Problema financiero	La implantación de la Guía no solo implica una mayor carga de trabajo a corto plazo, sino que también implica mayores costes para la unidad. Adiciones tales como nuevos folletos de educación de salud, nuevas fichas de registro de Enfermería y programas de capacitación requieren más fondos y apoyo financiero.

DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN

En ocasiones, las guías desarrolladas por las asociaciones profesionales son bastante generales y no específicas para la agencia, mientras que los protocolos aprobados por un hospital se basan en el contexto específico del hospital, que proporciona instrucciones y parámetros detallados para la práctica de la Enfermería. Por lo tanto, es necesario traducir las Guías en protocolos de Enfermería clínica basados en la evidencia. Dentro de esos protocolos, se enumeran las razones de cada recomendación elegida, el método de implantación y el método de auditoría. Un ejemplo del protocolo de manejo del dolor desarrollado por el Hospital DongZhi-Men se presenta en la Tabla 14.3.

TABLA 14.3 EJEMPLO DE PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR DESARROLLADO POR EL HOSPITAL DONGZHIMEN

GUÍA DE RNAO: *VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR* (RNAO, 2013B)		
RECOMENDACIONES ELEGIDAS PARA SER IMPLANTADAS	**NORMAS DE LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA CLINICA**	**CRITERIOS DE AUDITORÍA**
1.1 Examinar la presencia o el riesgo de cualquier tipo de dolor: ■ Al ingresar o visitar a un profesional de la salud ■ Después de un cambio de estado médico ■ Antes, durante y después de un procedimiento	1. Realizar pruebas de detección del dolor en pacientes hospitalizados y operados.	Ficha de evaluación de la admisión y fichas de registro de Enfermería
1.2 Realizar una evaluación completa del dolor en las personas sometidas a pruebas que tengan la presencia o el riesgo de cualquier tipo de dolor utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas adecuadas.	2. Utilizar una herramienta de evaluación eficaz para evaluar exhaustivamente a los pacientes con dolor positivo.	
1.4 Explorar las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión de la persona sobre el dolor y el manejo del dolor.	3. La evaluación debe incluir el conocimiento del paciente, la comprensión del dolor, etc.	
1.5 Documentar las características del dolor del paciente.	4. Documente las características del dolor del paciente.	
2.1 Colaborar con la persona para identificar sus objetivos para el manejo del dolor y las estrategias adecuadas para asegurar un enfoque integral del plan de atención.	5. El plan de control del dolor debe incorporar las preferencias del paciente.	Entrevista con el paciente o cuestionario

continúa

TABLA 14.3 EJEMPLO DE PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR DESARROLLADO POR EL HOSPITAL DONGZHIMEN (CONTINUACIÓN)

RECOMENDACIONES ELEGIDAS PARA SER IMPLANTADAS	NORMAS DE LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA CLINICA	CRITERIOS DE AUDITORÍA
2.2 Establecer un plan integral de atención que incorpore los objetivos de la persona y del equipo multidisciplinar y que aborde: ■ Conclusiones de la evaluación ■ Las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión de la persona ■ Los atributos de la persona y las características del dolor	6. El programa de control del dolor requiere la colaboración entre el paciente y el equipo profesional. Debe incluir los resultados de la evaluación, el conocimiento del paciente y las características del dolor.	Fichas de registro de Enfermería que incluyen planes y evaluaciones de atención de Enfermería
3.1 Implantar el plan de tratamiento del dolor utilizando principios que maximicen la eficacia y minimicen los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas, incluyendo: ■ Enfoque analgésico multimodal ■ Cambio de opiáceos (dosis o rutas) cuando sea necesario ■ Prevención, evaluación y tratamiento de los efectos adversos durante la administración de analgésicos opiáceos ■ Prevención, evaluación y tratamiento del riesgo de los opioides	7. Debe utilizarse un enfoque analgésico multimodal. 8 . Comprender los efectos secundarios y los riesgos de los opiáceos.	Fichas de registro de Enfermería; encuesta para enfermeras
3.2 Evaluar cualquier intervención no farmacológica (física y psicológica) para determinar su eficacia y el potencial de interacciones con las intervenciones farmacológicas.	9. Uso racional de la terapia no farmacológica para los pacientes.	Entrevista con el paciente o cuestionario
3.3 Enseñar a la persona, a su familia y a los cuidadores sobre las estrategias de manejo del dolor en su plan de atención y abordar las preocupaciones conocidas y los conceptos erróneos.	10. Incorporar estrategias de control del dolor en la educación del paciente.	
4.1 Volver a evaluar la respuesta de la persona a las intervenciones de manejo del dolor utilizando la misma herramienta de reevaluación. La frecuencia de las reevaluaciones será determinada por: ■ Presencia de dolor ■ Intensidad del dolor ■ Estabilidad de la condición médica de la persona ■ Tipo de dolor (por ejemplo, agudo o persistente) ■ Entorno de práctic	11. Utilizar una herramienta consistente para la evaluación del dolor.	Fichas de registro de Enfermería
4.2 Comunicar y documentar las respuestas de la persona al plan de control del dolor.	12. Comunicar y documentar las respuestas de la persona al plan de control del dolor.	

RECOMENDACIONES ELEGIDAS PARA SER IMPLANTADAS	NORMAS DE LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA CLINICA	CRITERIOS DE AUDITORÍA
5.4 Los profesionales sanitarios deben participar en oportunidades de formación continua para mejorar los conocimientos y habilidades específicas para evaluar y manejar el dolor de manera competente, basados en esta guía: *Valoración y manejo del dolor* (3ª ed.).	13. Utilizar la Guía en la formación continua.	Material de formación continua en el departamento de Enfermería

Basándose en el protocolo establecido, el equipo del BPSO desarrolló nuevos procedimientos y hojas de registro de Enfermería cuando fue necesario. Por ejemplo, la recomendación 1.0 de la Guía *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a, p. 18) es "obtener una historia clínica completa y realizar un examen físico de los miembros afectados". El equipo del Hospital DongZhiMen desarrolló una tabla con una lista de verificación específica de los puntos mencionados en la Guía, incluyendo la historia de la enfermedad que se presenta (evento iniciador, duración de la ulceración, tratamiento realizado y resultado de los tratamientos), antecedentes médicos, control glucémico, estado nutricional y alergias. En relación con la Guía *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2013b), antes de su implantación, la hoja de evaluación de admisión solo incluía una pregunta: ¿Sientes dolor? Durante el proceso de implantación, el equipo del Hospital DongZhiMen desarrolló una única hoja de valoración del dolor, que requiere que los pacientes describan la experiencia del dolor con detalle. Además de añadir nuevos elementos a las hojas de registro de Enfermería existentes es necesario mejorar otros recursos, como los folletos de educación sanitaria para los pacientes.

DESARROLLO DE LOS IMPULSORES

En el Hospital DongZhiMen, las enfermeras y los profesionales de la salud que participan en el proceso de implantación de la Guía son considerados Impulsores de la Guía. Se les otorgan insignias de Impulsor de la Guía y se les da prioridad para asistir a los programas de formación pertinentes. El Programa de Orientación de BPSO se basa en las herramientas y materiales de RNAO, incluyendo las presentaciones en PowerPoint, las cuales se nos proporcionan como parte del acuerdo sin coste alguno. El contenido de estos materiales incluye teorías sobre el plan de estudios y la práctica basados en la evidencia, así como métodos de enseñanza.

El programa de formación de enfermeras especializadas se centra en el alcance de la práctica de la Enfermería, que es uno de los principales obstáculos para la implantación de las recomendaciones de la Guía que se encuentran en el hospital DongZhiMen. De hecho, le damos crédito al Programa de BPSO por los cambios progresivos en el alcance de la práctica para las enfermeras. Por ejemplo, antes de implantar la Guía *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a), el cambio de apósito para los pacientes con pie diabético a menudo lo realizaban los médicos. Para cambiar el alcance de la práctica, se desarrolló el programa de formación de enfermeras especializadas para el cuidado de heridas. Después de obtener la aprobación de los médicos del departamento vascular periférico, y después de que las enfermeras hayan obtenido sus calificaciones en el cuidado de heridas, ahora pueden llevar a cabo el cambio de apósito para los pacientes con el apoyo total de los médicos.

COOPERACIÓN INTERDISCIPLINARIA

La cooperación interdisciplinaria del equipo es esencial para la implantación efectiva de la Guía. Para los pacientes con úlceras del pie diabético en el Hospital DongZhiMen, un cirujano vascular, un endocrinólogo, un nutricionista y una enfermera especializada en diabetes trabajan en estrecha colaboración para desarrollar el tratamiento y la atención óptimos.

Asimismo, otro equipo interdisciplinario desarrolla terapias farmacéuticas y no farmacéuticas para los pacientes que sufren dolor.

OBTENCIÓN DE RECURSOS ADICIONALES A TRAVÉS DE FONDOS DE INVESTIGACIÓN

Otro obstáculo importante para la implantación de las Guías es el apoyo financiero. El equipo del BPSO en el Hospital DongZhiMen encontró la solución mediante la solicitud de fondos de investigación tanto del hospital como del gobierno de Beijing. Tuvimos éxito en este esfuerzo gracias a nuestra mayor capacidad de investigación a partir del trabajo de formación y del programa del BPSO.

SUPERVISIÓN DEL USO DE GUÍAS Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluación y la supervisión son un pilar clave del Programa de Guías y un aspecto fundamental de los requisitos del BPSO tanto para los BPSO de servicio como para los académicos. Todos los BPSO participan en NQuIRE®, el sólido sistema de base de datos integral de RNAO, de una manera continua y se espera también que participen en otros procesos de evaluación.

BASE DE DATOS NQUIRE

Cada centro de implantación de Guías debe enviar los datos mensualmente a la base de datos NQuIRE de RNAO. Basado en los informes de datos de NQuIRE, el BPSO del Hospital DongZhiMen obtiene información sobre los resultados de la utilización de las Guías. El BPSO de la BUCM está trabajando con RNAO para ayudar a determinar los indicadores formativos apropiados que pueden formar parte de NQuIRE.

AUDITORÍA DE RNAO

RNAO lleva a cabo una auditoría anual de los sitios de implantación de Guías y proporciona información constructiva sobre las estructuras y procesos utilizados por los BPSO y la implantación de Guías en la práctica y la integración en el plan de estudios, así como el uso sostenido y la integración de la práctica basada en la evidencia.

CUESTIONARIO SOBRE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

El Hospital DongZhiMen desarrolla y administra cuestionarios sobre la satisfacción del paciente en relación con el control del dolor para evaluar el efecto general de la implantación de la Guía de RNAO *Valoración y manejo del dolor* (2013b). Los resultados han mostrado una mayor satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor (ver Figura 14.2).

Otros indicadores para evaluar los resultados incluyen la duración de la estancia hospitalaria, los costos médicos de los pacientes y los cuestionarios sobre el conocimiento que las enfermeras tienen sobre las Guías, todos los cuales han mostrado mejoras sustanciales (ver Figura 14.2).

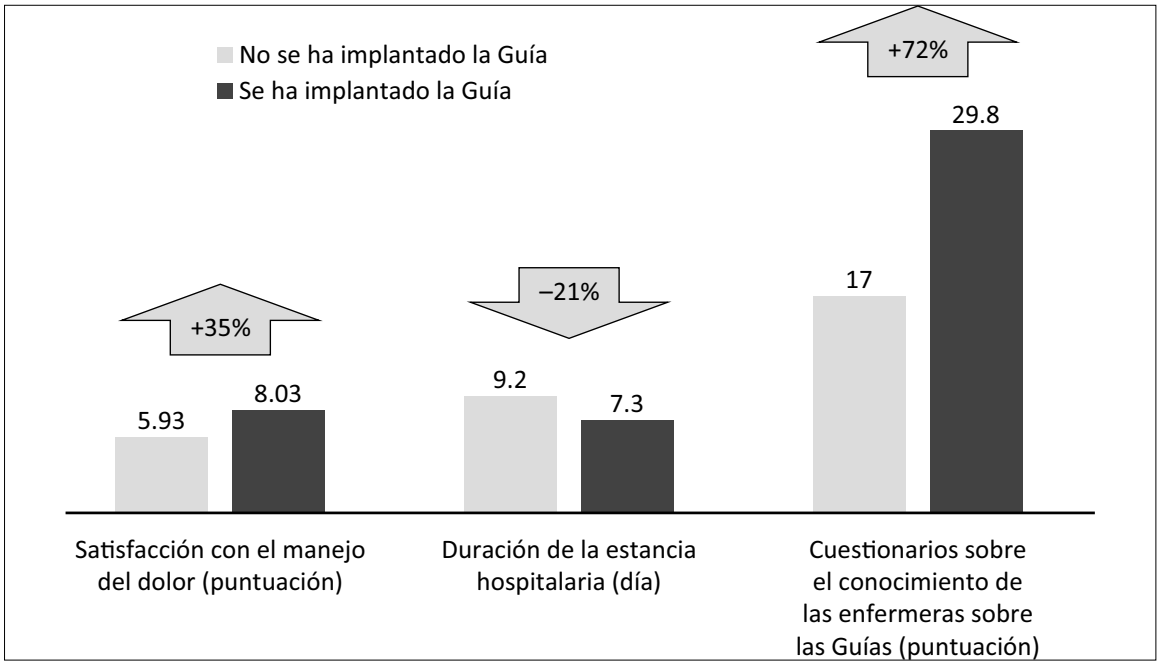


FIGURA 14.2 Los efectos de la implantación de la *Evaluación y manejo del dolor* de RNAO (2013b) utilizando tres indicadores medidos antes y después de la implantación.
Usado con permiso del Hospital DongZhiMen.

MANTENIMIENTO DEL USO DE LAS GUÍAS

Mantener el cambio de prácticas relacionado con la implantación de las Guías es una actividad importante y vital para los BPSO académicos y de servicio. La clave del éxito en esta área es el uso de una variedad de estrategias de sostenibilidad, muchas de las cuales se discuten a continuación.

ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRABAJO ANUAL

Para planificar y mantener la implantación de las Guías, se desarrolló un plan anual para establecer metas y coordinar actividades. Tanto el Hospital DongZhiMen como la Escuela de Enfermería de la BUCM utilizan su plan anual como marco para informar a RNAO cada dos años, como una forma de revisar los puntos fuertes y las áreas de mejora.

REUNIONES MENSUALES

Los equipos del BPSO se reúnen mensualmente para hacer un seguimiento del estado del trabajo de implantación de las Guías.

MANTENER Y MEJORAR LA FORMACIÓN DE LOS IMPULSORES

Desde el lanzamiento de la designación de BPSO en el Hospital DongZhiMen y la Escuela de Enfermería de la BUCM, los impulsores del BPSO han logrado avances significativos en la formación, la práctica y la investigación en Enfermería. Utilizando un enfoque de formación de formadores, RNAO ha transferido de manera efectiva los conocimientos y habilidades de las Guías a los impulsores locales, que no solo mantienen, sino que también aumentan los resultados de la designación de BPSO.

LOGROS DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO EN CHINA

La designación de BPSO en China ha dado lugar a una serie de cambios clave en las prácticas formativas y clínicas, el alcance de la práctica y el trabajo interprofesional. Y lo que es más importante, ya ha dado resultados positivos en la formación tanto para el profesorado como para los estudiantes, así como mejores resultados para los pacientes y la organización. Una ventaja adicional es la entusiasta atención que tanto la universidad como el hospital han recibido, lo que se ha traducido en ganancias de fondos y un reconocimiento de alto nivel de sus líderes y del personal. En esta sección del capítulo se analizan los principales logros de estos BPSO académicos y de servicio.

LOGROS DEL BPSO ACADÉMICO

Para los estudiantes de la Universidad de Medicina China de Beijing (BUCM), la introducción a la Enfermería basada en la evidencia a través del Programa de BPSO de RNAO enriqueció su conocimiento de las buenas prácticas y también cultivó su pensamiento crítico. Además, los estudiantes de maestría obtuvieron una perspectiva más amplia sobre temas de investigación relacionados con la adopción, implantación y síntesis de las guías. Ya se han desarrollado algunas tesis sobre *La identificación y manejo de la disfagia después del derrame cerebral*, *una práctica de Enfermería basada en la evidencia* (Gao, 2015*); El análisis de la situación de aplicación para las recomendaciones de la guía de práctica clínica para el cuidado de la colostomía* (Xue, 2017); y *Desarrollo de protocolos de prácticas basadas en la evidencia para el alto riesgo de úlceras en el pie diabético* (Jiang, 2017).

COMMENTARIOS DE LOS ESTUDIANTES

Estudiante A: "La guía no solo puede ayudarnos a ajustar nuestras formas de pensar, sino también a estudiar el conocimiento de la práctica de la Enfermería y las competencias de Enfermería. Además, en el proceso de aprendizaje de una guía, también podemos desarrollar una atmósfera académica de colaboración entre los estudiantes, aprendiendo y cooperando juntos como un equipo".

Estudiante B: "De acuerdo con esta Guía, si nosotros como enfermeras queremos tener éxito en facilitar el aprendizaje centrado en el paciente, debemos trabajar duro para construir una relación de asociación profesional y terapéutica con nuestros pacientes. En el ámbito académico el paciente es el estudiante, mientras que en el ámbito clínico el paciente es el paciente. La falta de una relación de asociación es el principal obstáculo para el éxito del aprendizaje centrado en el paciente".

Los profesores de Enfermería también obtuvieron nuevos conocimientos a partir de la experiencia de la implantación de las Guías en un entorno académico. Muchos docentes de la BUCM están ahora en condiciones de desarrollar nuevos métodos de enseñanza y recursos de aprendizaje que han enriquecido sus prácticas de enseñanza, así como el compromiso de los estudiantes. En particular, han adquirido un profundo conocimiento de la enseñanza centrada en el estudiante, lo que ha aportado un mayor grado de innovación e interacción a sus aulas.

COMENTARIOS DE LOS PROFESORES

Profesor A: " Gracias a la Guía *Aprendizaje centrado en el paciente,* finalmente encontré una manera de animar a los estudiantes a hacer preguntas para mejorar su comprensión de lo que enseñamos."

Profesor B: "Los estudiantes siempre disfrutan de nuestra clase y están más satisfechos con los profesores que enseñan las competencias y contenidos basados en las guías."

Profesor C: "A veces a los estudiantes les resulta difícil entender algunas frases o palabras de las Guías, así que los organizo para que discutan esas cuestiones juntos. Creo que es una buena manera de cultivar su capacidad de pensamiento crítico."

Profesor D: "Dado que la guía de *Cuidado y manejo de la ostomía* incluye muchos conocimientos nuevos, como herramientas de evaluación de ostomías, nuevas habilidades de Enfermería, etc., que difícilmente podemos encontrar en nuestro libro de texto, introducimos la Guía como un conocimiento complementario cuando enseñamos a los estudiantes cómo proporcionar una mejor atención a los pacientes ostomizados. Además, planeamos diseñar la planificación de las sesiones sobre el cuidado del cáncer colorrectal de acuerdo con el contenido de esta guía para ayudar a los estudiantes a dominar mejor el conocimiento."

Profesor E: "Antes de que incorporáramos la Guía a nuestro plan de estudios, dimos conferencias sobre la evaluación del dolor basadas principalmente en el libro de texto. Sin embargo, en el libro de texto, solo se disponía de un número limitado de escalas tradicionales de evaluación del dolor para la población general. Los estudiantes sintieron que era difícil aplicar estas herramientas de evaluación del dolor en la práctica clínica.

Ahora les presentamos a nuestros estudiantes el procedimiento de evaluación del dolor específico y operable y las herramientas validadas de esta Guía. Los estudiantes llegan a comprender cómo realizar una evaluación completa del dolor con una herramienta validada en poblaciones especiales, especialmente en aquellas que no pueden autoevaluarse por sí mismos, como los recién nacidos, las personas mayores y los pacientes en estado crítico. También diseñamos el juego de roles para permitir al estudiante completar una evaluación del dolor para un paciente con dolor siguiendo la Guía y para encontrar las barreras para la evaluación del dolor en la práctica clínica real."

A nivel organizacional, el Programa de BPSO ha proporcionado muchas ideas nuevas para la reforma educativa y de enseñanza en la Universidad de Medicina China de Beijing (BUCM). Estas incluyen el aprendizaje centrado en el estudiante y cómo promover y mantener la aplicación del conocimiento en la práctica en una variedad de entornos de aprendizaje clínico. El programa también ha permitido aumentar la capacidad y los logros en materia de investigación. En 2015, la Universidad aprobó varios proyectos de investigación de Enfermería basados en la evidencia; la BUCM se convirtió en el editor jefe, compilando estos proyectos en un libro de texto para estudiantes de postgrado en 2016, titulado *Evidence-Based Nursing* (en adelante, Enfermería Basada en la Evidencia). Además, dos influyentes revistas en China establecieron columnas especiales para que la Escuela de Enfermería de la BUCM publicara una serie de artículos sobre Enfermería basada en la evidencia, incluyendo su trabajo relacionado con el BPSO, en 2016.

Con estos logros, y como resultado de un perfil realzado de la BUCM en China y otros países, invitaron al equipo del BPSO a dar conferencias de Enfermería Basada en la Evidencia en conferencias nacionales, universidades y hospitales. En 2016, invitaron a la directora del BPSO de la Escuela de Enfermería de la BUCM a una conferencia internacional en la provincia de Liaoning y dio una presentación oral sobre "Implantación de Guías en la práctica de Enfermería". También la invitaron a la Cumbre Nacional de Decanos de Enfermería de 2016 en la provincia de Guangxi para una presentación oral sobre "Implantación de Guías en la formación de Enfermería". Además, la invitaron a dar conferencias sobre Enfermería Basada en la Evidencia en el Hospital de Pekín, la Universidad de Shandong, la Third Medical University, entre otras.

LOGROS DEL BPSO DE SERVICIOS

Ha habido muchos cambios y logros en la práctica de la Enfermería desde el inicio del Programa de BPSO en el Hospital DongZhiMen. La práctica basada en la evidencia se ha convertido en el centro de atención sanitaria mundial; sin embargo, la transformación de la evidencia de alta calidad en práctica clínica es un reto para el personal de Enfermería de muchas instituciones.

En el Hospital DongZhiMen, el equipo del BPSO aprendió que la implantación de las Guías es, primero, un método efectivo para mejorar la calidad de la atención clínica y, segundo, un catalizador para la investigación y el avance profesional. Muchas enfermeras han realizado investigaciones sobre la implantación de las Guías y han publicado varios artículos sobre sus resultados. En 2015 y en 2016, las enfermeras del Hospital DongZhiMen ganaron el primer premio y los diez primeros premios individuales en el Concurso de la Administración Municipal de Medicina Tradicional China de Beijing. Además, el hospital está recibiendo numerosos elogios externos. Por otra parte, el aumento de la competencia de las enfermeras implica una mejor remuneración y más oportunidades de ascenso, al mejorar su práctica y su capacidad de investigación, las enfermeras declaran que se sienten más seguras y entusiastas con respecto a su trabajo. Las enfermeras también se han ganado la confianza y el apoyo de médicos y pacientes. La colaboración interprofesional ha aumentado, ya que los médicos tienen ahora más probabilidades de colaborar con las enfermeras para responder a las necesidades de los pacientes.

> *"Me dio la oportunidad de crecer profesionalmente y mejorar mi capacidad para ser un líder y gerente eficaz. Adquirí habilidades de comunicación, buen juicio y capacidad de pensamiento lógico. En mi trabajo, empecé a desarrollar más conciencia y a mejorar mi capacidad para resolver problemas y encontrar soluciones".*
>
> –Gao Ning, líder de la implantación de la Guía *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a)

Entre los logros del BPSO del Hospital DongZhiMen se encuentra una mayor satisfacción del paciente con su atención de Enfermería debido a la atención que prestan las enfermeras para brindar una mejor atención al paciente y al mayor respeto que tienen por las perspectivas, necesidades y valores de los pacientes. Antes de la introducción de la Guía *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a) no había enfermeras estomaterapeutas en el hospital. Siguiendo las recomendaciones de la Guía, se contrataron enfermeras especialistas en estomas y se abrió una nueva clínica de curas. Los pacientes que antes estaban hospitalizados por cambio de apósito ahora pueden recibir el servicio en la clínica, lo que acorta el tiempo de hospitalización de los pacientes y reduce sus gastos. Además, a través de la implantación de *Facilitar el aprendizaje centrado en el paciente* (RNAO, 2012a), las enfermeras están mostrando un mayor grado de atención a las necesidades de los pacientes y su perspectiva.

Al igual que la Escuela de Enfermería de BUCM, el departamento de Enfermería del Hospital DongZhiMen experimentó un impulso similar en apoyo y un mayor perfil de investigación. Recibió más apoyo financiero, político, técnico e intelectual del hospital, así como apoyo de la BUCM en forma de consultas de expertos y orientación en investigación científica. Estos valiosos recursos permitieron al departamento de Enfermería experimentar un aumento sin precedentes en la investigación de Enfermería, donde ha desarrollado 17 proyectos de investigación aprobados en 2016 y ha recibido fondos de investigación por un valor cercano a los 578.500 yuanes. Un proyecto, titulado "Esquema de implantación y aplicación de la Enfermería de la MTC en úlceras de pie diabético", es un proyecto de la oficina de Medicina Tradicional China de Beijing

y está relacionado con la aplicación de esa Guía dirigida por el BPSO. Además, el departamento de Enfermería obtuvo dos patentes de Enfermería y publicó cuatro artículos en congresos y varios artículos en revistas. También se ha optimizado el flujo de trabajo de Enfermería y la integración de la herramienta de evaluación de úlceras del pie diabético (escala PUSH) en la práctica clínica es un ejemplo.

DESAFÍOS Y SOLUCIONES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL BPSO

Ha habido y seguirá habiendo desafíos que abordar y superar en la aplicación de la práctica basada en la evidencia, incluidas las Guías, en China. Superarlos requiere un liderazgo continuo y un pensamiento y una actuación estratégicos. Tener en cuenta el objetivo final de mejorar la formación de Enfermería y la práctica clínica para mejorar los resultados de los pacientes, las organizaciones y los sistemas sanitarios, así como la perseverancia para llegar a la línea de meta, son fundamentales para alcanzar estos objetivos. Ambas organizaciones están plenamente comprometidas y dedicadas con nuestro trabajo como BPSO. De manera independiente y conjunta estamos construyendo soluciones creativas para sostener nuestro trabajo en nuestros propios BPSO y difundir la designación de BPSO y la adopción de Guías a otras organizaciones y entornos académicos en China. A continuación se examinan los principales desafíos.

GRAN CARGA DE TRABAJO

La gran carga de trabajo fue identificada como un obstáculo importante para las enfermeras y los docentes, lo que podía disuadir u obstaculizar la participación en el Programa de BPSO. El Hospital DongZhiMen es un hospital terciario caracterizado y reconocido por su tratamiento de Medicina Tradicional China y sus cuidados de Enfermería. Como tal, las enfermeras deben llevar a cabo técnicas de Enfermería de Medicina Tradicional China, así como prácticas de Enfermería occidentales, lo que les da una carga de trabajo mucho mayor en comparación con otros hospitales. Diecisiete enfermeras del departamento vascular periférico son responsables de 40 camas y de la implantación de la Guía *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a); 10 enfermeras del departamento de ortopedia son responsables de 26 camas y de la implantación de la Guía *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2013b); y 34 enfermeras del departamento de encefalopatía son responsables de 75 camas y de la implantación la Guía *Facilitar el aprendizaje centrado en el paciente* (RNAO, 2012a). El trabajo de implantación de las Guías se ha añadido, hasta cierto punto, a su carga de trabajo actual, lo que puede dificultar el proceso de implantación y la calidad.

Crear un incentivo es una solución que los BPSO ofrecieron para animar a los docentes y enfermeras a participar en las actividades de BPSO. Por ejemplo, añadieron indicadores relacionados con la participación con el BPSO al Sistema de Indicadores Clave de Desempeño anual del profesorado de la BUCM, que incluye la traducción de Guías, la implantación y el liderazgo de las Guías. Con ello, el profesorado se está volviendo más activo en la participación del BPSO. Utilizando un enfoque más directo, la directora del departamento de Enfermería del hospital y de la Escuela de Enfermería de la BUCM habló con los líderes del BPSO que se ofrecieron como voluntarios para el puesto sobre la importancia de la implantación de las Guías y su función en su impacto. Como resultado, los líderes del BPSO se sintieron muy favorecidos y más motivados para hacer el trabajo bien.

DIFERENCIAS CULTURALES

Dadas las muchas diferencias de conocimientos, actitudes y prácticas, es comprensible que la cultura pueda constituir un obstáculo para comprender y, por lo tanto, implantar las buenas prácticas. En particular, la Guía *Facilitar el aprendizaje centrado en el paciente* (RNAO, 2012a, p. 6) representó un desafío para los BPSO chinos en su recomendación de "comprometerse con enfoques más estructurados e intencionales al facilitar el aprendizaje centrado en el paciente". Los equipos del BPSO no entendieron el significado de los enfoques "estructurados" y, por lo tanto, se sintieron incapaces de aplicar correctamente la recomendación.

Con el fin de implantar eficazmente las Guías y el programa general de BPSO, ambas organizaciones chinas han organizado simposios sobre los BPSO y otros foros para revisar y debatir las Guías. La traducción de las Guías y las reuniones periódicas con el BPSO Host de RNAO también han mejorado la capacidad local para desarrollar una cultura basada en la evidencia. Los programas de formación profesional en inglés oral y escrito han cultivado un entorno de aprendizaje del inglés para una mejor asimilación de las Guías y de los recursos de implantación.

ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

El Hospital DongZhiMen y la Escuela de Enfermería de la BUCM han encontrado una variedad de actitudes hacia la Enfermería basada en la evidencia. A pesar de la mayoría de los puntos de vista positivos, algunos docentes no se dieron cuenta de que la formación en Enfermería debe basarse en la evidencia, mientras que algunas enfermeras demostraron reticencia o lucharon contra la implantación de la práctica basada en la evidencia. En los primeros días de nuestro trabajo, algunos de los comentarios que escuchamos se reflejan en las voces de los docentes y las enfermeras:

COMENTARIOS DE LOS EDUCADORES Y LAS ENFERMERAS

Profesor B: "No entiendo por qué nos piden que usemos las Guías en nuestro curso, no creo que sean tan necesarias".

Enfermera A: "Es difícil para nosotros implantar las Guías en nuestra práctica."

La actitud juega un papel principal en guiar el comportamiento humano hacia el logro de las metas (Ajzen & Fishbein, 2005). Con el fin de aumentar las creencias y actitudes positivas con respecto a la integración de la práctica basada en la evidencia en el plan de estudios y mejorar los conocimientos y habilidades de las enfermeras en materia de la práctica basada en la evidencia, se ofrecieron varios programas de formación y se invitó al profesorado de RNAO a impartir conferencias sobre el desarrollo, la implantación y la evaluación de las Guías. Además, se creó un grupo de discusión WeChat de la Guías en una plataforma móvil para la comunicación y el intercambio de conocimientos sobre las Guías. Usando esto, los Impulsores de las Guías pueden participar fácilmente en discusiones o proporcionar sugerencias sobre la implantación de las Guías, mejorando así su conocimiento y enriqueciendo la cultura general basada en la evidencia.

PERSPECTIVAS FUTURAS DE LOS BPSO DE CHINA

Los BPSO actuales en China reconocen el enorme potencial de esta estrategia de transferencia de conocimientos de la práctica basada en la evidencia para transformar la Enfermería y la formación de Enfermería en China. Las perspectivas de futuro para los BPSO de China son muy buenas y se examinan en la siguiente sección.

CONSTRUIR UNA CULTURA DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

El trabajo emprendido por la Escuela de Enfermería de la BUCM y el Hospital DongZhiMen es casi inexistente en el ámbito académico y sanitario en China, ya que asumimos un papel de liderazgo en la integración de las buenas prácticas en la formación de Enfermería y en la práctica de la Enfermería clínica. La implantación de las Guías en la Escuela de Enfermería de la BUCM ha causado un cambio de paradigma de múltiples maneras. Los docentes de Enfermería han cambiado a un enfoque centrado en el estudiante y a un plan de estudios basado en la evidencia, los cuales fomentan el pensamiento crítico entre los estudiantes. Continuaremos revisando y perfeccionando los planes de estudio para incorporar plenamente los conceptos de Enfermería basados en la evidencia en la formación de Enfermería. Los docentes también están desarrollando un sistema de evaluación integral y a largo plazo para evaluar mejor si los conocimientos actualizados y los conceptos basados en la evidencia se aplican a la futura práctica clínica de los graduados de Enfermería.

La implantación de las Guías en el ámbito clínico ha mejorado el conocimiento profesional y la capacidad de investigación de las enfermeras y está cultivando una cultura basada en la evidencia en el departamento de Enfermería y más allá. El equipo del BPSO en el Hospital DongZhiMen continuará con la implantación rigurosa de las Guías seleccionadas y se esforzará por seguir innovando. Al combinar la práctica basada en la evidencia, la investigación y la mejora de la calidad, nuestro objetivo es construir un sólido equipo de Enfermería basado en la evidencia con más líderes y personal de Enfermería involucrados. El objetivo general es promover la cultura basada en la evidencia en todo el hospital.

INTRODUCCIÓN DE LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA ENFERMERÍA DE LA MEDICINA TRADICIONAL CHINA

Con las ventajas de la simplicidad, conveniencia, efectividad y bajo coste, las técnicas de Enfermería de la Medicina Tradicional China (MTC) son bien aceptadas y adoptadas fácilmente en China y cada vez más internacionalmente. El principal inconveniente es que la mayoría de las técnicas de Enfermería de MTC carecen de normativas.

Aunque el gobierno chino ha promulgado manuales y guías de Enfermería de la MTC, estos recursos se desarrollan en base a la experiencia, sin el apoyo de resultados científicos y rigurosos de investigación. Con la ayuda de la metodología de la Enfermería basada en la evidencia que hemos obtenido de nuestra experiencia como BPSO, puede ser posible estandarizar las técnicas de Enfermería de la MTC, reduciendo así la variabilidad en su implantación y permitiendo su difusión en todo el mundo.

EXPANSIÓN DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO

Con los grandes esfuerzos realizados en la difusión del trabajo relacionado con el BPSO, un número cada vez mayor de hospitales y escuelas de Enfermería se están interesando en la Enfermería Basada en la Evidencia y

se están uniendo a este poderoso movimiento. Una vez que logremos la designación de BPSO en abril de 2018, la Escuela de Enfermería de la BUCM y el Hospital DongZhiMen afiliado planean refinar nuestra metodología del programa y solicitar a RNAO poder convertirse en un BPSO Host, el primero en China. Nuestro objetivo general es tener un impacto en el aprendizaje de los estudiantes, el desarrollo del profesorado, la excelencia de la Enfermería clínica y, en última instancia, mejorar la salud de la población en China.

CONCLUSIÓN

En China, la combinación de la reforma sanitaria, la tendencia inicial de algunos líderes de Enfermería a adoptar la práctica basada en la evidencia y el surgimiento de la designación de BPSO han dado lugar a logros pioneros en la formación de Enfermería y la práctica clínica que están transformando la Enfermería. Como centros BPSO pioneros en el mundo académico y de servicios en China, hemos experimentado mucho éxito basado en actividades enfocadas a cambiar la formación y las prácticas clínicas para mejorar el aprendizaje y los resultados de salud. También hemos tenido el propósito de difundir este conocimiento y compartir nuestras experiencias a través de numerosas redes de Enfermería y de salud en China y en el extranjero.

Las lecciones aprendidas en relación con el uso de una metodología integral planificada basada en la ciencia de la implantación y la transferencia de conocimientos han estimulado poderosos cambios en el alcance de la práctica, la atención interprofesional y la situación de las enfermeras a los ojos de los pacientes y otros profesionales de la salud, en particular los médicos. La designación de BPSO en China ha reflejado el contexto local y ha apoyado las adaptaciones necesarias para permitir la integración de la medicina tradicional china y la Enfermería tradicional china. Finalmente, como verdaderos innovadores, nuestros dos BPSO fundadores se están vinculando con los nuevos BPSO como mentores para maximizar los beneficios de la formación basada en la evidencia y la práctica clínica para mejorar los resultados para todos, especialmente para nuestros pacientes.

MENSAJES CLAVE

- Cambiar la forma en la que hacemos las cosas puede ser una experiencia y un proceso desafiante. Los buenos líderes de los BPSO creen firmemente que el cambio en la práctica académica y clínica basado en la evidencia es la mejor manera de mejorar.
- El liderazgo es un factor clave para el éxito del desarrollo de una cultura de práctica y formación basadas en la evidencia en China.
- No existe un método único para la implantación de las Guías. Es necesario tener en cuenta el contexto cultural y organizativo específico.
- Las Guías mejoran la Medicina Tradicional China con evidencia sólida de la corriente dominante en beneficio de los estudiantes y los pacientes en China.
- La designación de BPSO es un programa sólido que lleva la práctica basada en la evidencia al aula y a la cama del paciente de una manera pragmática y efectiva.

REFERENCIAS

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, M. P. Zanna, & B. T. Johnson (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 3–19). New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.

Deloitte Touche Tohmatsu Limited. (2014). 2014 global health care outlook: Shared challenges, shared opportunities. Retrieved from https://www2.deloitte.com/au/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2014-global-health-care-outlook.html

Gao, S. (2015). *Identification and management of dysphagia after stroke: An evidence-based nursing practice* (Research thesis). Beijing University of Chinese Medicine, Beijing.

Jiang, Y. T. (2017). *Development of evidence-based practice protocols for high risk of diabetic foot ulcers* (Thesis). Beijing University of Chinese Medicine, Beijing.

Jin, Y., Wang, Y., Zhang, Y., Ma, Y., Li, Y., Lu, C., . . . Shang, H. (2016). Nursing practice guidelines in China do need reform: A critical appraisal using the AGREE II instrument. *Worldviews on Evidence-Based Nurs*ing, *13*(2), 124–138.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a). *Facilitating client-centred learning.* Toronto, ON: RNAO. Retrieved from http://rnao.ca/bpg/guidelines/facilitating-client-centred-learning

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: RNAO. Retrieved from http://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013a). *Assessment and management of foot ulcers for people with diabetes* (2nd ed.). Toronto, ON: RNAO. Retrieved from http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-foot-ulcers-people-diabetes-second-edition

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013b). *Assessment and management of pain* (3rd ed.). Toronto, ON: RNAO. Retrieved from http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain

Xue, D. Q. (2017). *The analysis of application situation for colostomy care clinical practice guideline recommendations.* (Thesis). Beijing University of Chinese Medicine, Beijing.

You, L. M. (2012). *Medical nursing.* People's Medical Publishing House. (in Chinese).

Zhang, L. Y. (2003). Factors influencing and measures of the development of evidence-based nursing. *Chinese Journal of Nursing, 38*(1), 57–58. (in Chinese).

Zhu, J., Rodgers, S., & Melia, K. M. (2014). The impact of safety and quality of health care on Chinese nursing career decision-making. *Journal of Nursing Management*, *22*(4), 423–432.

CAPÍTULO

15

LA EXPERIENCIA BPSO LATINOAMERICANA: UN MODELO DE CONSORCIO

Aracelly Serna Restrepo, BScN
Maribel Esparza-Bohórquez, MSc, BScN, RN
Sonia Abad Vasquez, MA, BScN, RN
Olga L. Cortés, PhD, MSc, CCN, RN
Lina Maria Granados Oliveros, MSc, RN
Alejandra Belmar Valdebenito, BScN
Josephine Mo, BA (hon)
Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD(hon), Dr(hc), O.ONT

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Apreciar el impacto de la designación de BPSO de RNAO en América Latina.
- Comprender los procesos utilizados para adaptar la designación de BPSO a los contextos locales, generando compromiso y conduciendo al mantenimiento.
- Explicar cómo las estrategias clave de cambio, como la sensibilización, la alineación con los valores organizacionales, el uso de un modelo de Impulsores y la atención a la supervisión y la evaluación han facilitado la creación de culturas de prácticas basadas en la evidencia y la identidad colectiva en los BPSO latinoamericanos.
- Describir el valor de un enfoque de consorcio de BPSO en la difusión de BPSO, la adopción de las Guías, la gestión de recursos, la innovación, la sostenibilidad y los resultados.
- Identificar cómo RNAO ha gestionado los procesos de fidelidad del Programa de Orientación de BPSO, la auditoría y la retroalimentación, junto con un enfoque de formación de formadores, para reforzar los recursos y reconocer las fortalezas del liderazgo local.

INTRODUCCIÓN

En julio de 2012, las Guías de Buenas Prácticas de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) hicieron su debut formal en América Latina cuando RNAO firmó acuerdos con dos instituciones en Chile y dos en Colombia para convertirse en BPSO Directo. Estos centros pioneros son la Universidad de Chile - la Escuela de Enfermería, y la Clínica Las Condes (CLC) en Chile; y dos hospitales: la Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología (FCI-IC) y la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL) en Colombia. Todos ellos formaron el Consorcio de BPSO de América Latina y recibieron juntos la orientación y la formación de los Impulsores. Se comprometieron a la experiencia BPSO durante 3 años, donde se centrarían en mejorar su práctica de Enfermería Basada en la Evidencia y de la toma de decisiones en base a su cultura, con la misión de implantar y evaluar múltiples guías de práctica clínica. Las organizaciones chilenas y colombianas eligieron las guías que consideraron más beneficiosas para sus pacientes y estudiantes, incluyendo aquellas enfocadas en el tratamiento de úlceras por presión, el establecimiento de relaciones terapéuticas, la atención al final de la vida, la prevención de caídas en las personas mayores, la valoración y manejo del dolor y el desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería.

El programa BPSO Directo es una asociación entre RNAO, que actúa como BPSO Host, y una organización académica o de servicios de salud, que asume la responsabilidad de todos los requisitos y costos asociados con la obtención de la designación de BPSO. Con la supervisión y el apoyo de RNAO, el BPSO Directo crea capacidades a través de la formación de los Impulsores de BPSO; desarrolla y entrega actividades específicas de implantación; participa en sesiones regulares de intercambio de conocimientos, supervisión, planificación y evaluación con el personal de RNAO; participa en la base de datos NQuIRE® de RNAO y utiliza una variedad de métodos de difusión para compartir los conocimientos, recursos y logros con la comunidad de la salud en general.

El papel de RNAO como BPSO Host es lanzar el programa con una orientación de 5 días basado en un marco sistemático de implantación y evaluación (RNAO, 2012b). A través de un enfoque de formación de formadores, RNAO imparte el conocimiento y las habilidades a los líderes de BPSO y al personal o al profesorado de la organización, quienes luego forman a otros Impulsores y desarrollan una red para apoyar y mejorar la implantación de las Guías.

El programa BPSO en América Latina comenzó con la firma formal de acuerdos en julio de 2012, seguido por el Programa de Orientación, que se impartió en español en la CLC para todo el consorcio (RNAO, 2012a).

El intercambio de conocimientos es clave para el éxito de la designación de BPSO, no solo para el aprendizaje y el asesoramiento entre pares, sino también para cultivar un espíritu de superación individual y colectiva. Las reuniones virtuales han demostrado ser muy eficaces para RNAO para conectarse con los BPSO internacionales y apoyar sus actividades en curso. El consorcio hispano se ha consolidado gracias a reuniones virtuales regulares que se han realizado cada 2 meses entre la mentora del BPSO de RNAO y el consorcio, la directora general de BPSO de RNAO, la Dra. Doris Grinspun; la coordinadora para los BPSO de América Latina de RNAO, Josephine Mo y los líderes del BPSO en cada país junto con sus equipos ejecutivos y/o de implantación.

El consorcio celebra anualmente congresos de investigación de BPSO organizadas por uno de los BPSO de forma alternada. Estos congresos sirven como otro modo valioso de intercambio de conocimientos, incluidas como un requisito dentro del programa, que reúnen a todos los BPSO de esta región en particular para presentar y discutir sus estrategias y resultados. La participación de los medios de comunicación en estos eventos, así como de funcionarios y miembros de la comunidad de la salud en general, realza el perfil tanto de las organizaciones participantes como de la designación de BPSO, a la vez que promueve el valor de la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia y la sólida contribución que las enfermeras están haciendo a los pacientes y a los resultados de la organización y del sistema sanitario.

RNAO también lleva a cabo una auditoría anual de los BPSO en Chile y Colombia para asegurar la fidelidad de los programas y el progreso en la implantación de las Guías. La auditoría se compone de visitas a los centros de implantación, así como de la revisión de materiales relacionados con la estructura, el proceso y los resultados del programa. Además del progreso dinámico del programa, las auditorías también muestran un orgullo colectivo y una identidad de BPSO compartida muy fuerte. En cada una de las cuatro instituciones hay una gran visibilidad del logotipo de BPSO y de la disponibilidad de recursos de la marca BPSO por todos los grupos interesados. Estos actúan como símbolos de inspiración y motivación para las enfermeras y también despiertan el interés de los pacientes y sus familias que reciben cuidados y formación basados en las Guías. Con su presencia añadida en los sitios web de las organizaciones y en la intranet, la designación de BPSO ha conseguido un perfil y un alcance aún mayores.

Los estudios de caso de este capítulo exploran las perspectivas de tres BPSO: la Clínica las Condes (CLC), la Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología (FCI-IC), y la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL).

E S T U D I O D E C A S O

LA EXPERIENCIA DE FCI-IC EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA DE RNAO

Las *guías de práctica clínica* son un tipo de síntesis de conocimientos al nivel más alto de la literatura, con una selección de recomendaciones de cuidado basadas en la mejor evidencia existente (Dearholt & Dang, 2012). Dado la avanzada información que contienen son fundamentales en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios sobre situaciones de atención específica (Dearholt & Dang, 2012). Las guías de práctica clínica revisan, evalúan y combinan evidencia relacionada con problemas, al tiempo que se incorporan todos los aspectos y valores relevantes que determinan una decisión clínica, como el riesgo, el pronóstico, los costos, los valores del paciente y los logros institucionales (DiCenso et al., 2002).

Las guías de práctica clínica deben ser implantadas por los cuidadores en situaciones prácticas reales y así poder reducir los eventos adversos (como por ejemplo las caídas) y aumentar los indicadores positivos (por ejemplo, la formación) en la población meta. Esto requiere profesionales con pensamiento crítico y habilidades de liderazgo que puedan transformar los cuidados rutinarios en cuidados de Enfermería basados en la ciencia (Grinspun y Aninyam, 2014).

Con el fin de lograr la excelencia en la atención, las enfermeras líderes del Departamento de Enfermería de la Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología FCI-IC, con sede en Bogotá (Colombia), entraron a formar parte de la alianza de BPSO de RNAO a través de un acuerdo formal firmado en 2012. La FCI-IC es un hospital privado sin ánimo de lucro, cuenta con un total de nueve servicios de hospitalización para adultos y un total de tres servicios de hospitalización para niños; 90 camas de cuidados intensivos, de las cuales 19 son para neonatos, 20 son pediátricas y 51 son para adultos; y tiene una capacidad total de 340 camas.

El propósito general de unirse a la designación de BPSO de RNAO era implantar y evaluar tres Guías de Buenas Prácticas de RNAO (Guías) en servicios de atención a adultos que se seleccionaron en la FCI-IC. Nuestra organización también buscó adaptar el modelo de liderazgo de RNAO en el proceso de implantación y evaluar los resultados en los pacientes bajo nuestro cuidado. Esta colaboración incluyó el compromiso de enviar datos sobre cada Guía a NQuIRE, el sistema global de datos de indicadores relacionados con las Guías de RNAO. Este conjunto de datos internacionales proporcionaría una referencia general sobre el impacto de la implantación de las Guías en todo el mundo. Por último, la FCI-IC pretendía promover los avances derivados de la implantación de las Guías para demostrar la importancia de la práctica basada en la evidencia y los avances en términos de calidad y seguridad del paciente, especialmente en una institución sanitaria para pacientes con enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo.

Teniendo en cuenta que la atención de Enfermería y su efectividad basada en el uso de las Guías no es una práctica común en Colombia, éramos conscientes de cómo nuestra experiencia podría fomentar la comprensión de otros colegas sobre este proceso. Por lo tanto, nuestro estudio de caso incluye una breve descripción de la metodología de implantación, nuestros resultados durante el periodo de predesignación como BPSO (2012-2015), la sostenibilidad, el liderazgo, la investigación y el desarrollo futuro.

SELECCIÓN DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

El proceso de planificación de la implantación comenzó a mediados de 2012, después de la firma del Acuerdo de BPSO. La formación de los Impulsores fue el primer paso de los procesos relacionados con la adopción e implantación de las Guías. Más de 10 años de evaluación de datos en nuestra institución nos permitió tener una comprensión de los problemas relacionados con la incidencia de eventos como caídas, úlceras por presión en la piel y úlceras en los pies en pacientes diabéticos. Para seleccionar las Guías más apropiadas, necesitábamos identificar los problemas prioritarios de atención sanitaria que podíamos superar con la implantación de estas guías. Realizamos una evaluación diagnóstica de base a través de una encuesta, en la que se identificaban una serie de problemas existentes. Estos incluían cuestiones relacionadas con el uso de herramientas de diagnóstico para la evaluación del riesgo tanto de caídas como de úlceras por presión; un subregistro de eventos en el registro médico electrónico; una prevalencia de caídas con lesiones; el uso de barandillas de cama para todos los pacientes (sin tener en cuenta los riesgos de los pacientes); y una prevalencia de úlceras por presión de grado III y IV.

En base a esta evaluación, se seleccionaron tres Guías: dos centradas en la atención preventiva: *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a) *y Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) y la tercera sobre *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a). La fase de selección duró 6 meses.

ESCENARIOS DE IMPLANTACIÓN Y POBLACIÓN

La siguiente fase consistió en la identificación de servicios del hospital para la implantación de las Guías seleccionadas, incluyendo servicios que proporcionaban atención para adultos (≥ 18 años) y aquellos con una alta prevalencia de eventos como caídas, úlceras por presión y úlceras de pie. Para la implantación de *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a), se seleccionaron dos servicios: medicina interna-cirugía general y cardiología. Para la implantación de la guía *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b), seleccionamos dos unidades de cuidados intensivos (UCI): médicas y quirúrgicas. Por último, para la implantación de *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a), optamos por incluir a todos los servicios de hospitalización para adultos (ocho servicios en total).

ESTUDIO Y ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS GUÍAS DE RNAO SELECCIONADAS

El objetivo de esta fase era identificar la fuerza de la evidencia en cada Guía y seleccionar las recomendaciones con un nivel alto o medio de evidencia para su implantación. También se identificaron las intervenciones comunes utilizadas rutinariamente en nuestra institución que no debían ser modificadas, así como las intervenciones que estaban en aquel momento en curso y que no se basaban en la evidencia.

Realizamos un análisis de las intervenciones y de sus niveles de evidencia (Ia, Ib, IIa, IIb, III, IV) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2008) y revisamos las recomendaciones de cada una de las Guías. Seleccionamos aquellas recomendaciones que tenían el mejor nivel de evidencia, que eran las más necesarias para los servicios y que podrían implantarse con nuestros recursos hospitalarios existentes (materiales, personales y administrativos). Un ejemplo de recomendaciones seleccionadas para una de las Guías se puede ver en la tabla 15.1.

Se evaluaron los patrones de práctica en curso y el uso de escalas de riesgo. Los instrumentos de valoración de riesgo se seleccionaron para cada guía e incluyeron la herramienta de Valoración de Riesgo de Caídas STRATIFY, la escala de Braden para úlceras por presión, y la Clasificación de Heridas Diabéticas de la Universidad de Texas. También se obtuvieron los instrumentos necesarios para la supervisión y la documentación (Fundación CardioInfantil IC, 2012). Las intervenciones seleccionadas se integraron en nuestra práctica, se ilustraron en gráficos y diagramas de flujo y formaron parte de los procesos de atención integral para los pacientes en riesgo. Necesitábamos aprender o desaprender ciertas intervenciones en el proceso de cambio, como desaprender el uso de barandillas para todos los pacientes hospitalizados.

TABLA 15.1 RECOMENDACIONES SELECCIONADAS DE LA GUÍA VALORACIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

	RECOMENDACIONES QUE FUERON SELECCIONADAS DE LA GUÍA IMPLANTADA *VALORACIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN* (RNAO, 2011B)	NIVEL DE EVIDENCIA
Valoración	Realizar una evaluación inicial del estado de la piel de la cabeza a los pies y posteriormente todos los días para aquellos pacientes con riesgo de deterioro de la integridad de la piel.	IV
	El riesgo de úlceras por presión se determina combinando criterios clínicos y el uso de una herramienta fiable de evaluación de riesgos (por ejemplo, la escala de riesgo de Braden).	IV
	Si los pacientes están en la cama o sentados por largos periodos o después de la cirugía, la presión, la fricción y las fuerzas de corte deben ser controladas en todas las posiciones. Todas las úlceras por presión se identifican y clasifican según los criterios de la NPUAP *. Valoración y manejo de las úlceras por presión en estadios I a IV. Todos los datos se documentan en el momento de la evaluación inicial y, a continuación, de forma continua y periódica.	IV
Planificación	Un plan de atención personalizada se basa en datos de evaluación, factores de riesgo y objetivos para satisfacer las necesidades del paciente. El plan debe incluir al paciente, a la familia y al personal sanitario.	IV
Intervenciones	Programación de cambios de posición. (Por ejemplo, con el uso del reloj.) Utilizar técnicas apropiadas durante los cambios de posición (no tire del paciente a través de las sábanas; el cambio de posición debe hacerse con la ayuda de otros profesionales). Evaluar el dolor y tener en cuenta el impacto.	IV
	Lubricar la piel evitando masajes o fricciones en las prominencias óseas.	IIb
	Los pacientes con riesgo de úlceras por presión no deben permanecer en colchones convencionales. Se utiliza un colchón de espuma de alta densidad y baja presión. En el caso de pacientes de alto riesgo que se someten a una intervención quirúrgica, es aconsejable utilizar mecanismos de alivio de presión.	Ia
	Establecer intervenciones para pacientes con reposo en cama o sentados. Proteger y promover la integridad de la piel. Proteger la piel de la humedad excesiva y la incontinencia. Realizar una evaluación nutricional si se sospecha que hay deficiencias nutricionales.	IV

continúa

TABLA 15.1 RECOMENDACIONES SELECCIONADAS DE LA GUÍA VALORACIÓN DEL RIESGO Y LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (CONTINUACIÓN)

	RECOMENDACIONES QUE FUERON SELECCIONADAS DE LA GUÍA IMPLANTADA *VALORACIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN* (RNAO, 2011B)	NIVEL DE EVIDENCIA
	Programa formativo para la prevención de úlceras por presión.	III
	Las Guías de Buenas Prácticas en Enfermería pueden ser implantadas con éxito si existen recursos, planificación y apoyo administrativo e institucional.	IV

**NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel. www.npuap.org*

SELECCIÓN DE RESULTADOS (INDICADORES)

En esta fase se analizaron los resultados de cada Guía y se realizaron cambios estructurales para asegurar la validez de la documentación de la información (eventos y planes de cuidados de Enfermería) en la tarjeta electrónica. Además, se estructuraron sistemas de comunicación (visuales o por notas) en la misma historia clínica electrónica para transmitir el riesgo de cada paciente (por caídas o úlceras por presión) al personal médico y al equipo interdisciplinario.

Los indicadores seleccionados para la *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) fueron:

- Porcentaje de pacientes ingresados diagnosticados con la escala de riesgo seleccionada (escala de Braden).
- El porcentaje de pacientes evaluados recientemente a las 24 horas con la misma escala.
- Pacientes en riesgo de úlcera por presión (%).
- La incidencia de úlceras por presión de grado II a grado IV (número de pacientes con nuevas úlceras por presión y pacientes en riesgo de úlcera por presión) en un periodo de tiempo determinado.

Los indicadores de evaluación para *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a) incluyeron:

- El porcentaje de pacientes evaluados que recibieron una evaluación de las piernas.
- El porcentaje de pacientes que se sometieron a una evaluación de úlcera de pie en el momento del ingreso.
- El porcentaje de aquellos pacientes y familias que recibieron formación.
- La reducción del tamaño de la herida (úlcera), al menos un 50% de la superficie.

Finalmente, los indicadores para la *Prevención de caídas y reducción de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a) incluyeron:

- El porcentaje de pacientes diagnosticados con riesgo de caídas en el momento del ingreso, utilizando la escala de riesgo de caídas.
- El número total de personas que participaron en el programa de prevención de caídas.
- El porcentaje de uso de barandillas.
- El índice de caídas (número de caídas/días/paciente) y lesiones posteriores a las caídas.

IMPLANTACIÓN Y MONITORIZACIÓN

Para asegurar la implantación exitosa de las Guías, seleccionamos líderes espontáneos o líderes con un conocimiento sobresaliente de cada servicio hospitalario. Los encargados del turno (mañana, tarde y noche) recibieron formación y se motivaron con el conocimiento de los objetivos y contenidos de las Guías, así como con la evaluación de indicadores y estrategias educativas, con el fin de difundir cada Guía. Este procedimiento tuvo en cuenta la Guía de RNAO (2013c) *Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería* y el uso de otras estrategias generales de organización formativa.

El material educativo fue desarrollado para llevar a cabo las sesiones de difusión de tres maneras: de igual a igual,

en grupos pequeños y en grupos grandes (ver Figura 15.1a y Figura 15.1b). Las sesiones de difusión incluyeron reuniones de lectura, análisis de casos críticos, conferencias y seguimiento directo con el personal. Se informó al personal de Enfermería (profesional, auxiliar y de coordinación) y a los directores de los hospitales sobre las Guías y sus contenidos relevantes para cada oportunidad.

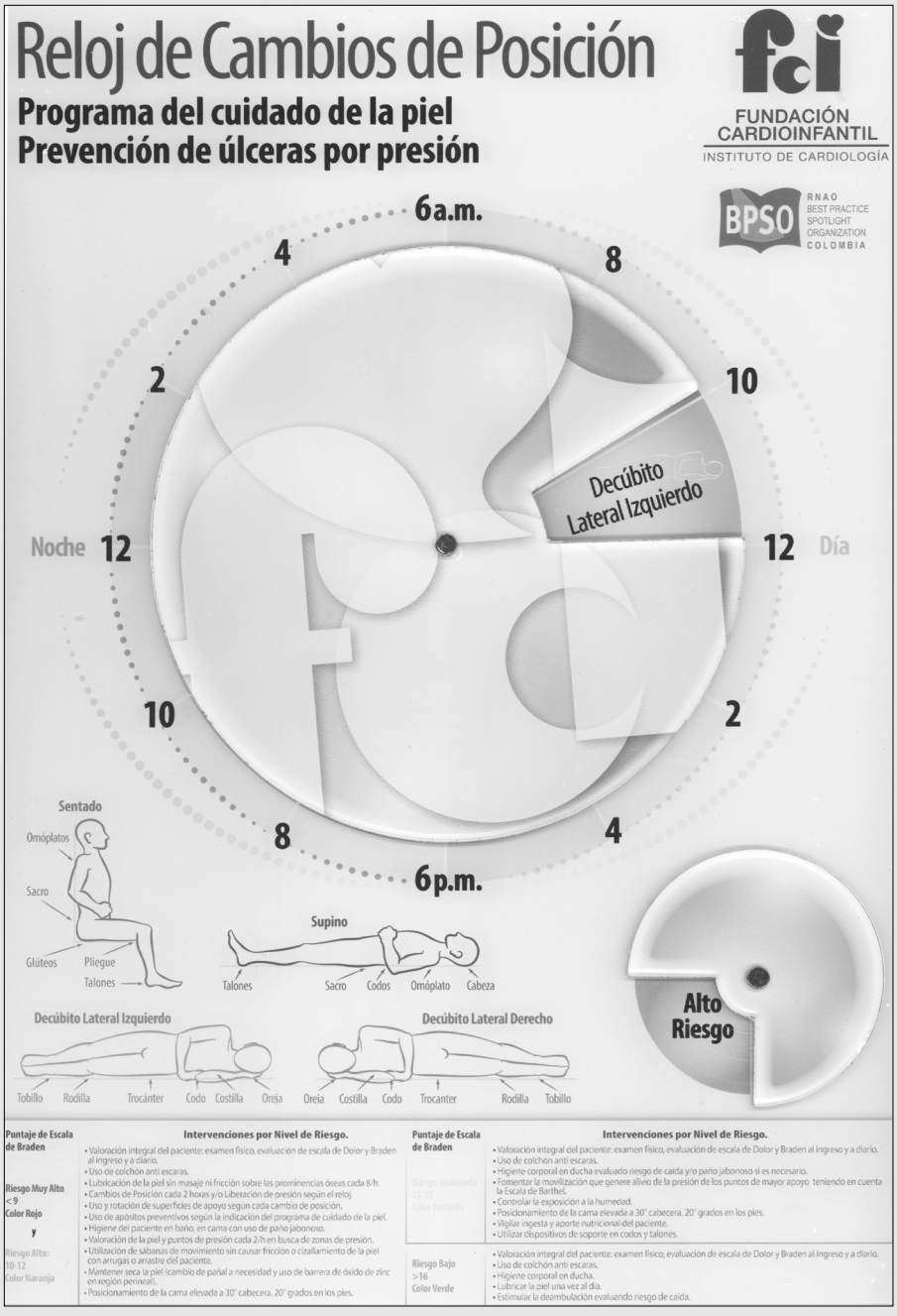


FIGURA 15.1A Materiales educativos de BPSO desarrollados por FCI-IC. Usado con permiso.

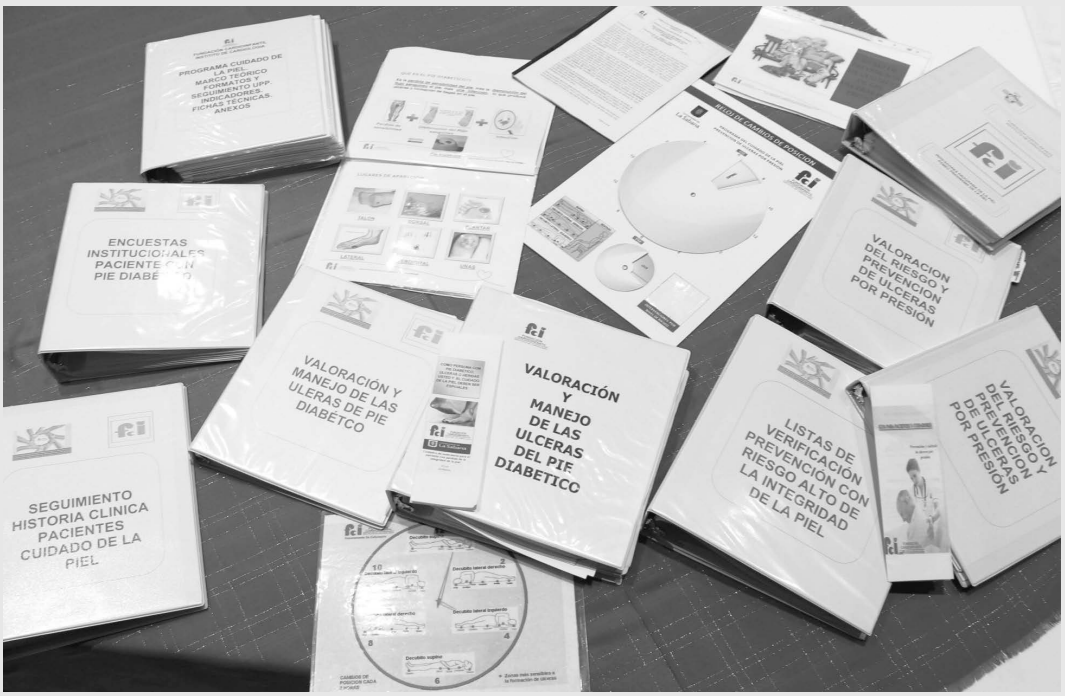


FIGURA 15.1B Materiales educativos de BPSO desarrollados por FCI-IC. Usado con permiso.

Con el fin de supervisar el cumplimiento de las recomendaciones basadas en la evidencia, los datos de eventos adversos y los resultados de los pacientes en cada uno de los servicios, se construyeron formatos para recopilar información relacionada con las pruebas de los pacientes en los servicios seleccionados, para identificar la población total admitida, la población total en riesgo (de caídas o de úlceras por presión), además de la información sobre los indicadores para cada Guía. Las coordinadoras de Enfermería de los turnos de mañana, tarde y noche recopilaron inicialmente esta información con la supervisión de los líderes de implantación de la prevención de caídas y de las úlceras por presión en particular. Esta información fue validada mediante el uso de bases de datos institucionales y confirmada en los registros médicos. La información de los indicadores se registró trimestralmente en la base de datos NQuIRE de RNAO.

Todo el personal participó tanto en las presentaciones de la designación de BPSO como en las sesiones formativas relacionadas con cada una de las Guías. En general, se llevaron a cabo un total de ocho sesiones institucionales de designación de BPSO y 10 sesiones de tutoría de Guías específicas a lo largo del proceso de implantación. La formación de 800 profesionales se llevó a cabo en seis sesiones en grandes grupos y se organizaron seis sesiones solo para los líderes de los servicios seleccionados con una dedicación de 30 horas por líder. Se organizaron grupos interprofesionales para supervisar el cumplimiento de las Guías, incluyendo a clínicos y a otros profesionales sanitarios.

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS

Se llevó a cabo una evaluación y validación de las Guías seleccionadas e implantadas por la FCI-IC para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2015. Los resultados se obtuvieron a partir de los datos incluidos en la base de datos NQuIRE. Para la Guía *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a), se analizaron 2.208 pacientes ingresados en los servicios de cardiología y cirugía cardiaca y 4.154 pacientes en los servicios de medicina interna y cirugía hasta diciembre de 2015. Entre los resultados más destacados de la implantación se encuentra la adhesión del personal de Enfermería al uso de la herramienta de Valoración de Riesgo de Caídas STRATIFY para la evaluación del 100% de los pacientes recién ingresados. También hubo una reducción significativa, aproximadamente del 80%, en el uso de barandillas por parte del personal de Enfermería con pacientes en riesgo de caída (ver Figura 15.2).

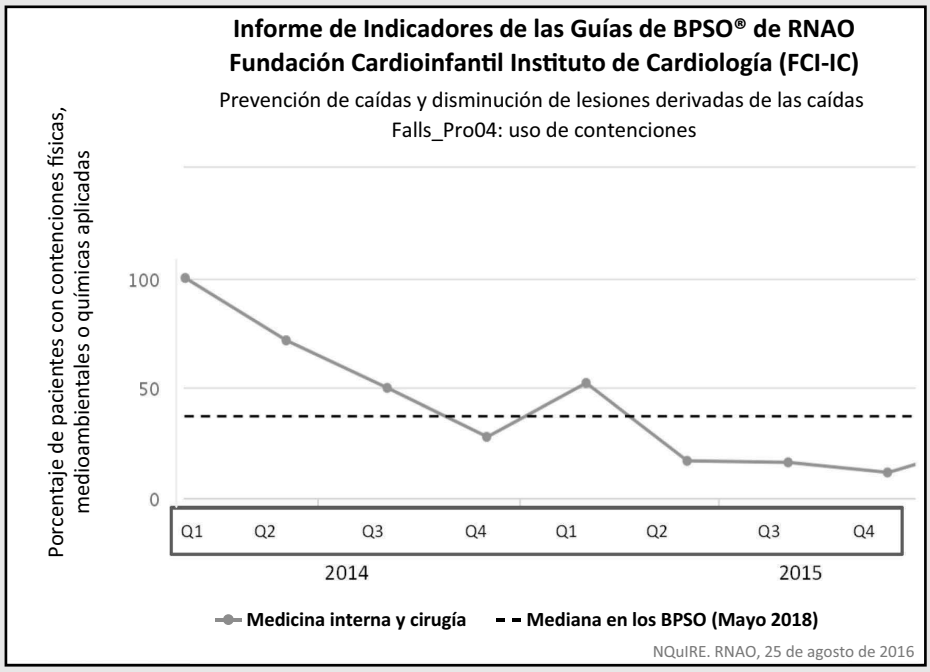


FIGURA 15.2 Informe de NQuIRE sobre la reducción del uso de barandillas en las camas (contenciones físicas), FCI-IC.
Usado con permiso.

En la evaluación de la Guía *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) se incluyeron dos unidades de cuidados intensivos (una unidad asistencial y una unidad quirúrgica), con un total de 5.952 pacientes ingresados. La adhesión del personal de Enfermería fue del 100% en el uso de la escala de Braden con los pacientes en el momento del ingreso y con los pacientes a las 24 horas después del ingreso. El cien por cien de los pacientes tenía acceso a colchones "antiescaras", como parte de la política institucional.

Por último, los resultados de la evaluación de la Guía *Valoración y manejo de las úlceras de pie diabético* (RNAO, 2013a) mostraron un aumento del 100% en las actividades de atención a pacientes diabéticos, tales como evaluaciones de extremidades inferiores, evaluación de pies y úlceras (Clasificación de la Universidad de Texas) y un aumento en la información dada al paciente y a su familia basada en el informe de la historia clínica (ver Figuras 15.3a y 15.3b). La valoración de la reducción de tamaño en una úlcera del pie diabético fue del 30%. Las amputaciones han limitado la observación de la curación a corto y medio plazo.

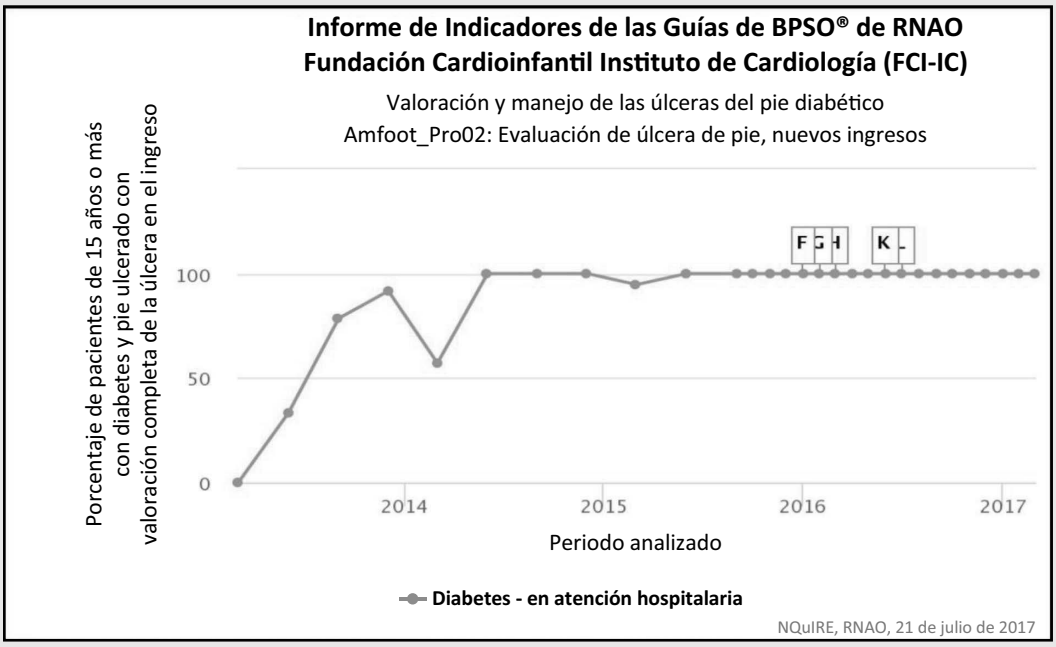


FIGURA 15.3A Informe de NQuIRE de la evaluación de las úlceras del pie, nuevas admisiones, FCI-IC. Nota: Las letras F, G, H y K indican casos en los que los pacientes fueron sometidos a amputaciones mientras estaban hospitalizados.
Usada con permiso.

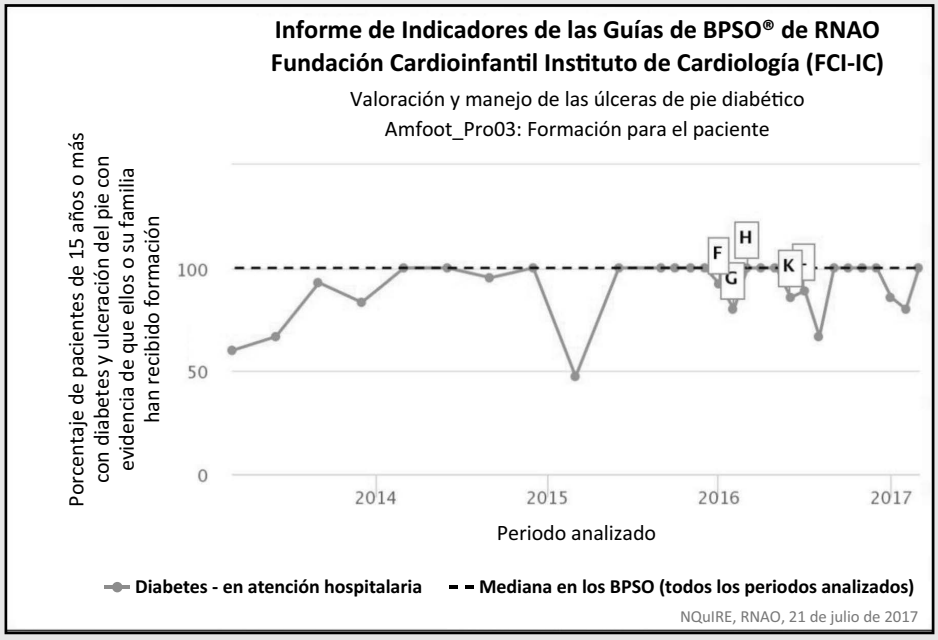


FIGURA 15.3B Informe de NQuIRE de la educación a pacientes con ulceras en el pie y a sus familiares. Nota: las letras F, G, H y K indican casos en los que los pacientes fueron sometidos a amputaciones mientras estaban hospitalizados.
Usada con permiso.

ESTRATEGIAS POSITIVAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS GUÍAS IMPLANTADAS

La sostenibilidad de la implantación ha sido planificada como parte de la transferencia de conocimientos. En primer lugar, hay medidas orientadas al presupuesto para mantener la formación de enfermeras, como los Impulsores. En segundo lugar, todas las estrategias de formación se dirigen al nuevo personal y continúan dirigiéndose al personal de Enfermería básica a fin de mantener la eficacia de las intervenciones de cada Guía. Finalmente, existe una sólida relación entre el departamento de Enfermería y los servicios de atención directa que están implantando las Guías, la cual se fortalece a través de proyectos, investigación y planes de mejora para reducir los eventos adversos.

El fortalecimiento del liderazgo en Enfermería a través de la formación continua, la retroalimentación continua y la formación específica permite reducir la variabilidad de la atención. Los equipos de trabajo establecen objetivos y priorizan el enfoque de su atención en base a la mejora continua a través de los indicadores de las Guías. Este ciclo ayuda a mantener la integración de las buenas prácticas en Enfermería, asegurando así mejoras en la experiencia de salud de los pacientes y sus familias.

La mayor atención prestada a la investigación en este ámbito está promoviendo el desarrollo científico de los cuidados de Enfermería basados en la evidencia. Un ejemplo destacado es el estudio PENFUP, que se centra en el uso de protectores cutáneos para prevenir las úlceras por presión, basado en un ensayo controlado aleatorio. Este recibió una beca del Instituto de Ciencia y Tecnología de Colombia (COLCIENCIAS), que fue presentada en colaboración con RNAO y FOSCAL (BPSO Directo en Colombia). La participación de la Enfermería y de los profesionales de sanitarios que participan en este proyecto ha promovido aún más la práctica basada en la evidencia en la prevención de las úlceras por presión. Anticipamos que los resultados finales del estudio aumentarán la evidencia en futuras ediciones de la Guía *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b).

EFECTUAR EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS: LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

En general, la implantación de las Guías de RNAO, la conexión continua con RNAO y las redes de BPSO y de Impulsores han permitido a la FCI-IC ser testigo del tremendo impacto de la designación de BPSO en la mejora de la atención y sus resultados para los pacientes. El análisis trimestral de los datos de cada servicio ha mejorado la comprensión del valor de la evaluación al demostrar el impacto de las intervenciones en la atención. El entusiasmo general y la propiedad individual de estos conocimientos por parte de las enfermeras han contribuido a la formación de equipos de implantación y a la identificación de nuevos líderes institucionales. La visibilidad de la Enfermería ha aumentado significativamente en nuestro hospital como resultado de las intervenciones basadas en la evidencia que adoptamos y el impacto de nuestros avances, lo que también ha sido una motivación para otros equipos.

Nuestra participación en el Programa de BPSO de RNAO implica un trabajo serio, coordinado y estructurado dirigido a reducir los eventos adversos en la población bajo nuestro cuidado. La disminución de la variabilidad de la atención nos ha permitido aumentar los estándares de calidad, de acuerdo con las valoraciones de acreditación nacional e internacional.

Asimismo, este trabajo nos ha permitido fortalecer el pensamiento crítico de los profesionales de la salud. El proceso de implantación organizacional ha conducido a una mejor documentación de los eventos en los registros electrónicos, a un mayor énfasis en la valoración y el análisis crítico de los indicadores en grupos y por servicios y ha tenido un impacto en las valoraciones de acreditación nacional e internacional.

En términos de formación continua en la FCI-IC, la metodología de enseñanza se transformó al incluir modelos pedagógicos para lograr los objetivos de aprendizaje, desde la inducción hasta programas de capacitación específicos para mantener la sostenibilidad de las intervenciones. La historia clínica electrónica se constituyó mediante la inclusión de algunas de las recomendaciones de las Guías sobre el diagnóstico, la evaluación y el seguimiento de los pacientes y sus familias. Se ha establecido un gran conjunto de material educativo para el personal y la comunidad, lo que ofrece la oportunidad de valorar más a fondo estos elementos y su impacto en la implantación de las Guías.

Por último, la colaboración entre la FCI-IC y RNAO ha dado lugar a varias mejoras organizativas para enfermeras y la atención de Enfermería. En primer lugar, las Guías están ahora incorporadas en las políticas institucionales y han servido para enriquecer nuestra asignación de recursos humanos para garantizar el bienestar físico y emocional diario de las personas bajo nuestro cuidado. Además, ahora hay representación y participación de enfermeras en las decisiones relacionadas con las nuevas adquisiciones y los cambios en la infraestructura. Las Guías, las políticas y el logro de mejores resultados para los pacientes y sus familias forman parte ahora de los objetivos estratégicos y del desempeño del Departamento de Enfermería de la FCI-IC (Lucía Cortés et al., 2016).

Finalmente, el proceso de implantación, como resultado de las guías de RNAO, ha guiado nuestra práctica de Enfermería hacia una atención basada en el uso de la mejor evidencia, desde la valoración del riesgo, pasando por la prevención de eventos adversos, hasta las intervenciones que conducen a mejores resultados. En cuanto a los próximos pasos, nuestro objetivo es fortalecer nuestra capacidad de investigación en Enfermería, así como la evidencia detrás de las recomendaciones de las Guías, a través de nuevos estudios de investigación.

REFLEXIÓN

¿Cuáles fueron los elementos clave que condujeron al éxito de la designación de BPSO en la FCI-IC? ¿Cuáles fueron los obstáculos clave que se superaron y cómo se hizo?

E S T U D I O D E C A S O

LA EXPERIENCIA DE FOSCAL EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA DE RNAO

La Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL) es una institución de atención terciaria y cuaternaria, ubicada estratégicamente en la región noreste de Colombia. Tiene una capacidad de 256 camas hospitalarias (229 para adultos, 19 para pediatría y 8 para obstetricia), 46 camas en la unidad de cuidados intensivos (34 para adultos y 12 para pediatría), 18 quirófanos, servicio de urgencias y un centro de maternidad (centro materno-infantil). Como promedio, FOSCAL maneja un volumen de 1.584 visitas mensuales, una estancia media de 5,8 días, y un 93% de ocupación de camas, situación que permite la presencia de riesgos en los diferentes servicios y procesos asistenciales que se llevan a cabo en la institución.

Como institución de este nivel de complejidad, con un serio interés en mejorar la calidad de la atención, era necesario generar un cambio en los procesos de atención de Enfermería. Tal cambio requeriría el conocimiento de diferentes aspectos: el tamaño y la cultura de la organización, el tipo de atención, la caracterización de la población, los problemas o debilidades detectados y, lo que es más importante, los recursos humanos de salud. La transformación del conocimiento dentro de las organizaciones es lo que genera este cambio, pero ¿por dónde y cómo se empieza a avanzar hacia este objetivo?

Creímos que este cambio podría lograrse con la implantación de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO (Guías) basadas en la evidencia. En la solicitud de FOSCAL para la designación como BPSO (Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados) de RNAO, se describieron estos objetivos y se desarrolló un plan de implantación.

FASE PREPARATORIA

Esta fase consiste en una serie de pasos requeridos en el proceso de solicitud de BPSO, que se destacan aquí.

1. **Sensibilización sobre las Guías de RNAO y la designación de BPSO**: el primer paso en el proceso de cambio es compartir y promover información sobre el internacionalmente reconocido programa de RNAO, que difunde guías basadas en la evidencia a las organizaciones de atención de la salud de todo el mundo y apoya su adopción e implantación. El modelo de montaña rusa del cambio es un ejemplo útil para guiar el proceso de cambio en la práctica de la Enfermería (Haines, 2005).

2. **Establecer un enfoque positivo**: el compromiso y el entusiasmo desde el principio son factores clave para el éxito del proceso. La dirección de la organización inicia el proceso preparando una carta de intención en la que se describe su función de tutoría para el personal y los grupos interesados y se muestra interesada en recibir la experiencia y los recursos de RNAO.

3. **Compromiso**: la carta de intención detalla el objetivo de la organización de participar en el Programa de BPSO y lograr la designación de BPSO.

4. **Coordinación**: la organización nombra a un líder del BPSO que recibirá orientación de BPSO, capacitación en liderazgo y metodología de creación de capacidades.

5. **Selección de las guías que se van a implantar**: el conocimiento de temas que son fundamentales de Enfermería durante el proceso de atención ayuda en la revisión de las Guías de RNAO para identificar las prioridades que deben abordarse a través de esta metodología. Los criterios utilizados para la selección de las Guías fueron la inclusión del impacto dentro del proceso de atención en Enfermería, el paciente, la familia, la institución y también los recursos disponibles o necesarios para la implantación. FOSCAL seleccionó las Guías sobre *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a) y *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) por sus beneficios de prevención para los pacientes y la institución. La Guía *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2013b) fue seleccionada por su enfoque sistemático para intervenciones de calidad y para proporcionar comodidad a los pacientes. El objetivo general era mejorar la atención a los pacientes.

VALIDACIÓN DE LAS GUÍAS CON LA METODOLOGÍA DE AGREE II Y AGLI

Las guías de RNAO se evaluaron con la metodología de AGREE II para valorar su rigor metodológico y transparencia y con la metodología AGLI para determinar las recomendaciones que debían aplicarse (ver la Tabla 15.2).

TABLA 15.2 EVALUACIÓN DE LAS GUÍAS CON AGREE II Y AGLI

GUÍA	AGREE II	AGLI
Valoración y manejo del dolor	91,3%	De 18 recomendaciones, 17 se pueden implantar y 1 se puede implantar con algunas condiciones.
Prevención de caídas y diminución de lesiones derivadas de las caídas	89,3%	De 13 recomendaciones, 9 se pueden implantar, 2 se pueden implantar con algunas condiciones y 2 no se pueden implantar.
Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión	81,5%	De 31 recomendaciones, 23 se pueden implantar, 2 se pueden implantar con algunas condiciones y 6 no se pueden implantar.

SELECCIÓN DE SERVICIOS

Esta fase se centra en localizar y priorizar los problemas dentro de los servicios de salud para el inicio del proceso de implantación. Los servicios se seleccionaron mediante la realización de un análisis ambiental y la evaluación de la prevalencia de eventos relacionados. Para las lesiones cutáneas, la implantación piloto de las recomendaciones de la Guía *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) se centró en los servicios de medicina interna y neurocirugía y la unidad de cuidados intensivos para adultos. La sala de maternidad y la oncológica fueron seleccionadas para implantar la Guía de *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2013b). Para la guía *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a), de acuerdo con los requisitos de BPSO, se planificó la implantación en todo el hospital, comenzando con dos servicios de medicina interna.

SELECCIÓN DE IMPULSORES

Después de la selección de los servicios, se identifican las personas clave (Impulsores de las Guías) para dirigir las actividades de implantación de las Guías y la monitorización de la adherencia al proceso. Cada una de las guías tiene un líder responsable de la transferencia de conocimientos al personal de servicio. Los impulsores reciben pines de BPSO especialmente diseñados que reconocen su papel.

ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS IMPULSORES

Esta etapa implica la preparación de los temas, la identificación de las demandas de los docentes, la disponibilidad del personal para participar, la logística de la capacitación y el acto de reconocimiento institucional.

ACUERDO DE BPSO

El Acuerdo de BPSO entre FOSCAL y RNAO se firmó en 2012 por un periodo de 3 años e incluye estipulaciones relacionadas con la selección de las Guías, el desarrollo de una infraestructura de BPSO, la creación de capacidad, la implantación, la difusión y las actividades de evaluación. Una parte del requisito de difusión del acuerdo es la publicación de un artículo científico sobre la experiencia en la implantación. Para cumplir con este objetivo, FOSCAL publicó un artículo en la revista *MedUNAB* (Esparza-Bohórquez, Granados Oliveros, & Joya-Guevara, 2016) titulado "Implantación de las Guías de Buenas Prácticas: Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión: experiencia de la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL)". Otras partes del Acuerdo de BPSO incluyen la organización de un congreso internacional anual de investigación, la presentación de informes trimestrales, la participación en la base de datos NQuIRE, la realización de una auditoría anual de BPSO y la motivación de otras instituciones para participar en esta metodología.

ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Se revisaron las recomendaciones existentes en cada guía implantada y se evaluaron el impacto, la viabilidad y las necesidades de recursos humanos, administrativos y económicos sobre la base de la evidencia. Los protocolos resultantes desarrollados se actualizan cada dos años, incorporando nuevas evidencias relevantes de las nuevas ediciones de las Guías de RNAO. Se diseñó un logotipo para identificar los servicios en los que se estaban implantando las Guías, que se consideraron unidades del BPSO. Ver la Figura 15.4.

FORMACIÓN DEL PERSONAL

La división de Enfermería de FOSCAL y RNAO impartieron formación a los equipos de implantación de las Guías.

IDENTIFICACIÓN DE LOS GRUPOS INTERESADOS

Se identificó a los grupos interesados mediante una lluvia de ideas sobre quién podía influir en nuestros procesos y quién podría verse influenciado por ellos. Por eso, dado el papel y la influencia de estos miembros del personal y de otros ámbitos en el proceso de implantación, es importante obtener su apoyo para la metodología e identificar las acciones que deben llevar a cabo varios grupos de personal.

SELECCIÓN DE HERRAMIENTAS

En la Tabla 15.3 se muestran las herramientas seleccionadas para evaluar el riesgo de los pacientes para las condiciones identificadas en las diferentes guías.



FIGURA 15.4 Placa BPSO desarrollada en FOSCAL.
Usado con permiso.

TABLA 15.3 HERRAMIENTAS PARA VALORAR EL RIESGO DEL PACIENTE.

HERRAMIENTAS	
Guía	Escalas
Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión	Braden
Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas	Morse
Valoración y manejo del dolor	Old Cart- Campbell

Estas escalas se sistematizan en el sistema médico electrónico, que establece el riesgo en función de la puntuación, y ayuda a proporcionar a los usuarios una intervención multifactorial sobre la base de los datos de evaluación. Estos planes se diseñan utilizando las recomendaciones y la correspondiente evidencia para cada guía y se incluyen en el programa de formación para el personal de Enfermería.

INDICADORES

El análisis de los indicadores de cada Guía es necesario para seleccionar aquellos que se deben implantar en cada procedimiento y una parte fundamental de la monitorización en cada servicio. Las fichas de datos técnicos fueron diseñadas con el propósito de la recopilación sistemática de datos de indicadores para cada Guía. Los indicadores seleccionados para las guías se muestran en la siguiente Tabla 15.4.

TABLA 15.4 INDICADORES SELECCIONADOS DE LAS GUÍAS

GUÍA	INDICADORES SELEECIONADOS
Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión	■ Valoración del riesgo ■ Revaluación del riesgo ■ Intervención ■ Clasificación de las úlceras por presión
Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas	■ Valoración del riesgo ■ Revaluación posterior a la caída ■ Plan multifactorial ■ Pacientes inmovilizados ■ Índice de caídas ■ Lesiones derivadas de las caídas
Valoración y manejo del dolor	■ Detección del dolor ■ Valoración del dolor ■ Manejo del dolor ■ Satisfacción del paciente con el control del dolor

FASE DE IMPLANTACIÓN

Se diseñó un día de orientación que se impartió al personal de los servicios piloto y a los grupos interesados. Las Guías y la metodología de implantación también se incorporaron al programa de formación para el personal nuevo. Dentro del programa anual de formación, se asigna un mes para proporcionar actualizaciones sobre las guías y consejos para la implantación. Para la formación del personal y las familias, se desarrolla material educativo para transmitir las recomendaciones de las Guías de forma práctica, tanto durante la estancia hospitalaria como en el momento del alta.

La recolección de datos se inició en los servicios piloto, comenzando con el registro en el sistema de datos NQuIRE y procediendo al análisis de los resultados y a la elaboración de planes de mejora de la calidad.

FASE DE AUDITORÍA Y MONITORIZACIÓN

Para el proceso de auditoría y monitorización, las rondas de la Guía se llevaron a cabo de la siguiente manera:

- **Proteger la piel de FOSCAL**: la implantación de las intervenciones estratégicas seleccionadas se evalúa utilizando una lista de verificación que mide la adherencia del personal a las recomendaciones de la Guía y se recopilan los datos requeridos para la presentación en NQuIRE.
- **Días sin caídas:** el cartel institucional de cada servicio muestra actualizaciones diarias con información sobre los días sin caídas y el servicio obtiene reconocimiento por este logro. La comprensión de las familias de la educación proporcionada sobre la prevención de lesiones cutáneas y caídas se valora mediante un cuestionario de conocimientos.
- **Rondas de humanización**: estas rondas fueron creadas para proporcionar apoyo al personal y reconocimiento a los servicios mediante la verificación de la valoración y el manejo del dolor y el refuerzo de la adhesión del personal a las actividades de prevención e identificación del dolor en los pacientes.

EVALUACIÓN

NQuIRE es una base de datos de indicadores de calidad diseñada para que los BPSO supervisen sistemáticamente el progreso y evalúen los resultados de la implantación de las Guías. Es la primera iniciativa internacional de mejora de la calidad de este tipo e implica el desarrollo y la medición de indicadores de estructura, proceso y resultados relacionados con cada una de las Guías. La división de Enfermería de FOSCAL realiza un seguimiento mensual al revisar los datos de cada indicador para las guías implantadas. Para este proceso, es necesario nombrar a un administrador general para la organización e involucrar a los líderes del equipo de implantación en la recolección de datos y la monitorización de cada guía, analizando el comportamiento para la toma de decisiones informadas y corrigiendo cualquier desviación. A continuación, se presentan los indicadores más importantes de cada guía, que reflejan los tres primeros años de implantación.

Los resultados de los indicadores de *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* se muestran en las Figuras 15.5a, 15.5b y 15.5c.

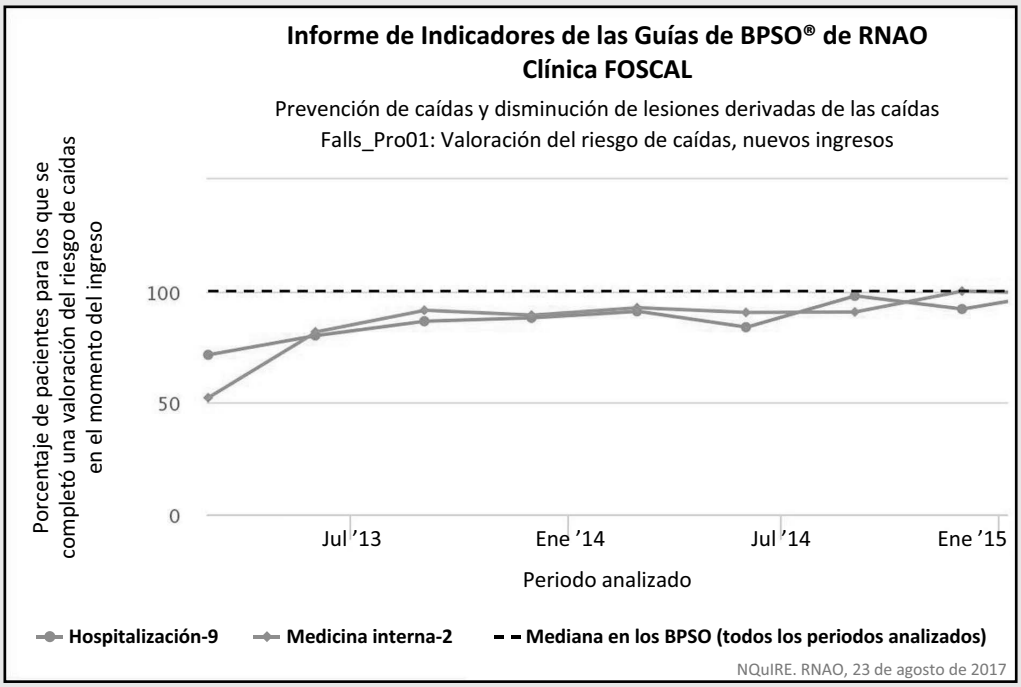


FIGURA 15.5A Informe de NQuIRE sobre la valoración del riesgo de caídas, nuevo ingreso, FOSCAL.
Usada con permiso.

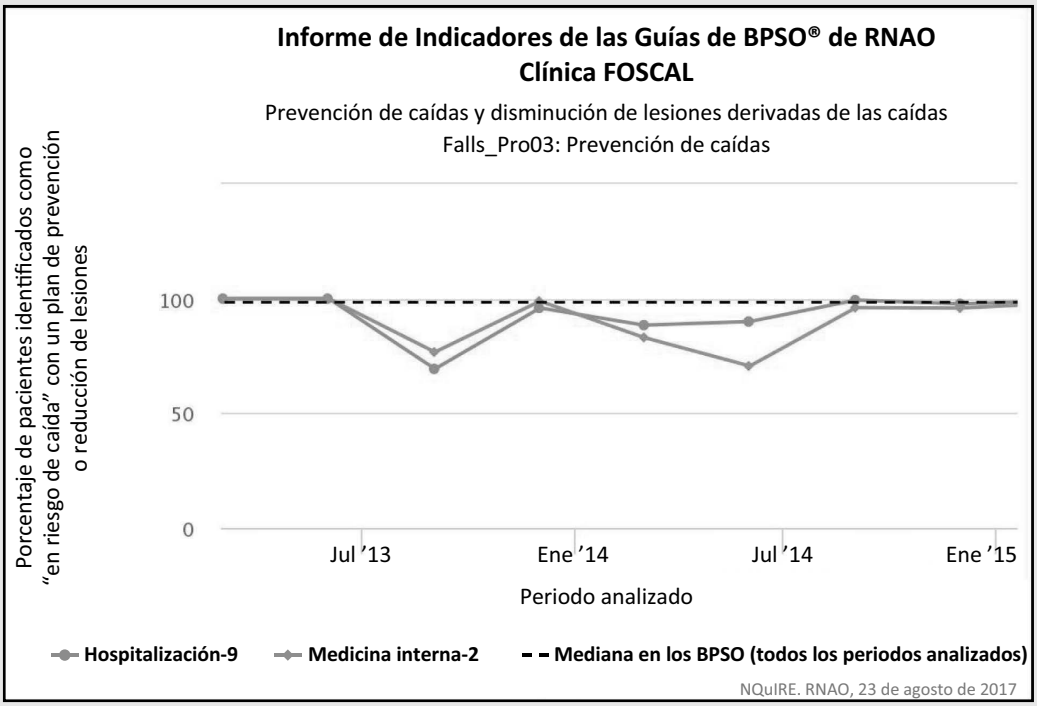


FIGURA 15.5B Informe de NQuIRE de la prevención de caídas, FOSCAL.
Usada con permiso.

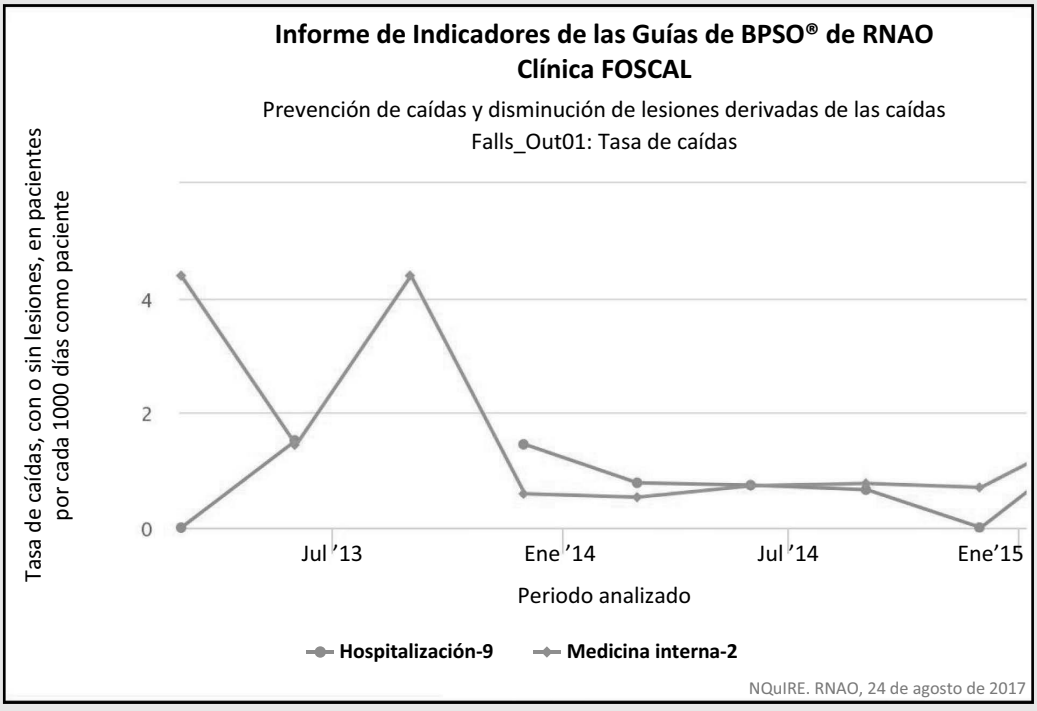


FIGURA 15.5C Informe de NQuIRE de la tasa de caídas, FOSCAL.
Usada con permiso.

Los resultados de los indicadores de la *Valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión* se muestran en las Figuras 15.6a, 15.6b y 15.6c.

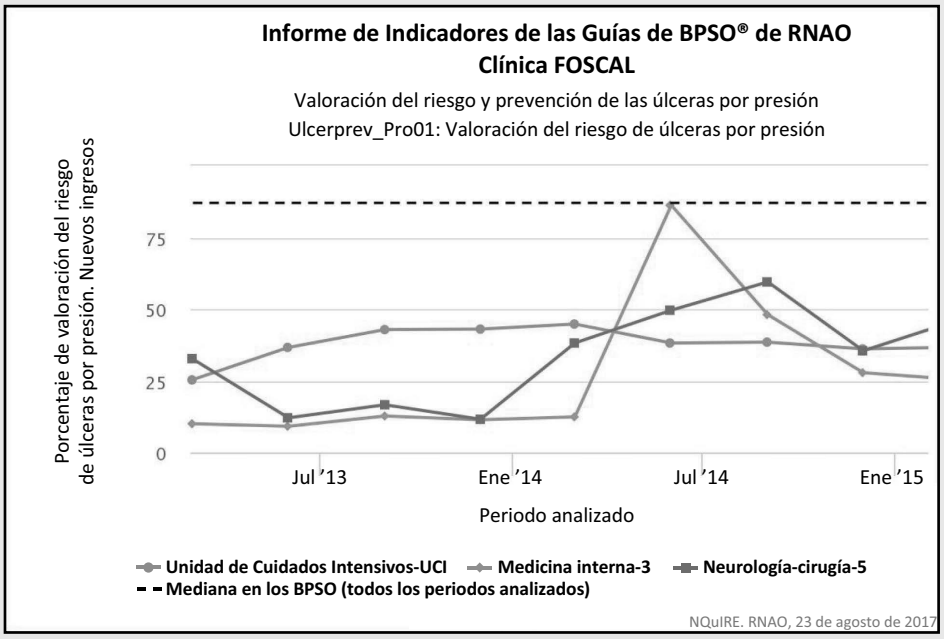


FIGURA 15.6A Informe de NQuIRE de la valoración del riesgo del ulceras por presión, nuevo ingreso, FOSCAL.
Usada con permiso.

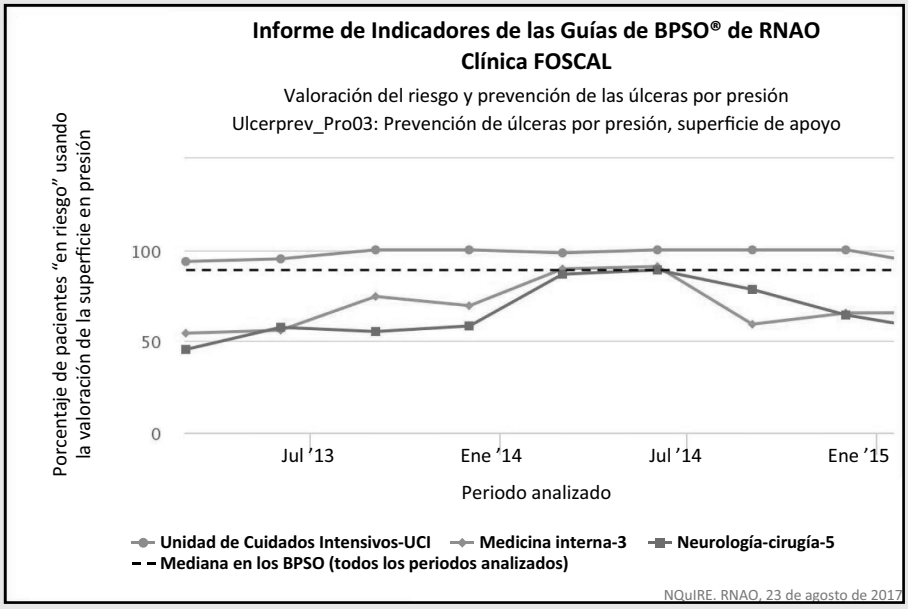


FIGURA 15.6B Informe de NQuIRE de la prevención de ulceras por presión, FOSCAL.
Usada con permiso.

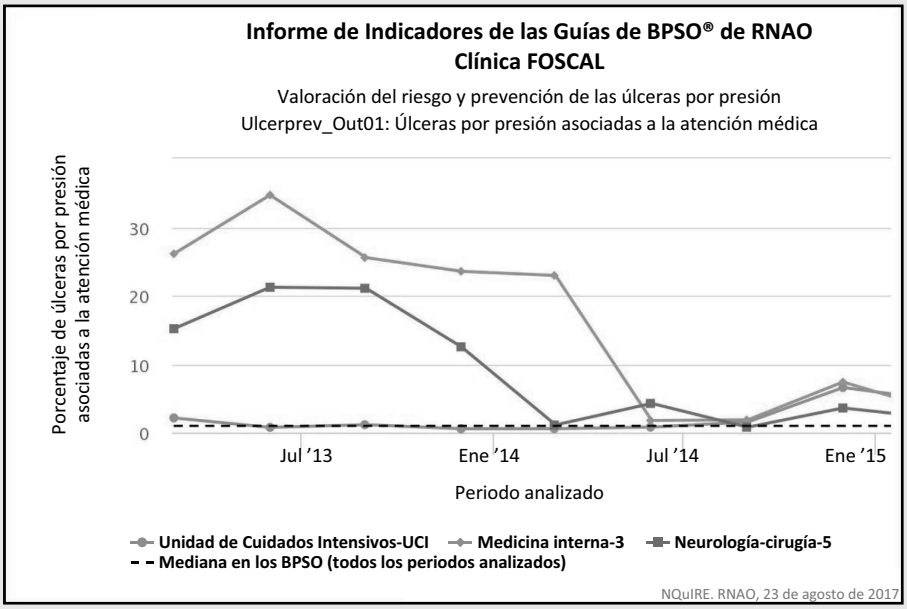


FIGURA 15.6C Informe de NQuIRE sobre las úlceras por presión asociadas a la asistencia sanitaria, FOSCAL.
Usada con permiso.

Los resultados de los indicadores de la *Valuación y manejo del dolor* se muestran en las Figuras 15.7a y 15.7b.

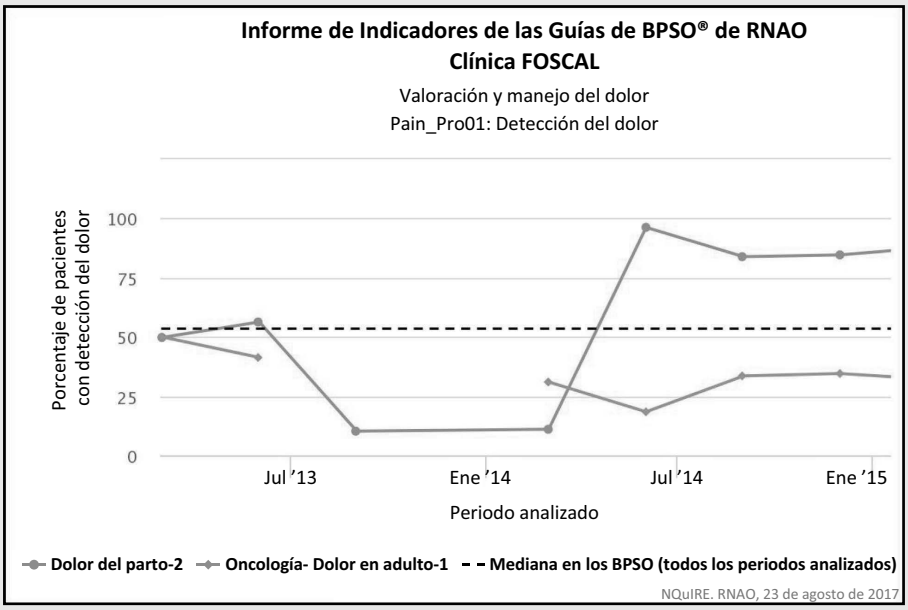


FIGURA 15.7A Informe de NQuIRE sobre información sobre el cribado del dolor, FOSCAL.
Usada con permiso.

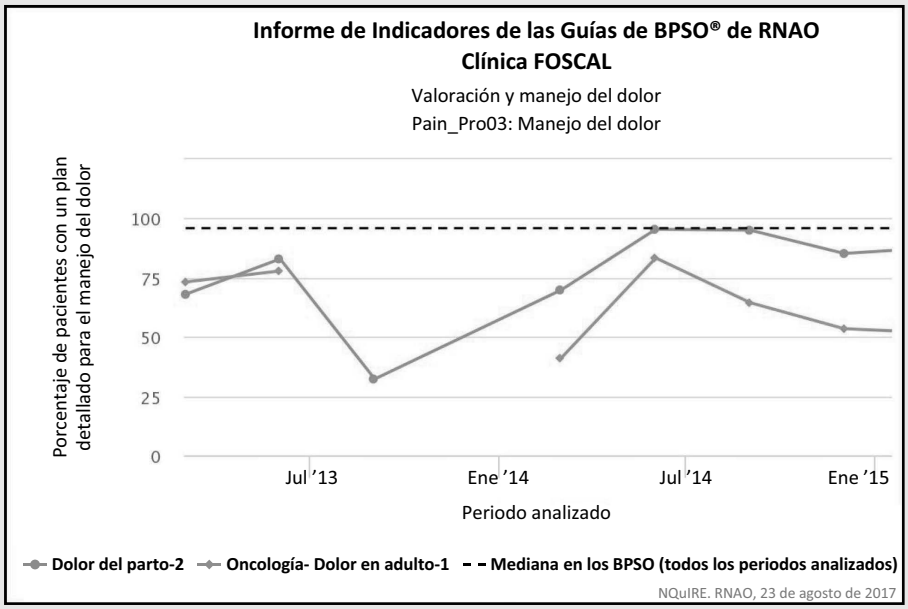


FIGURA 15.7B Informe de NQuIRE el manejo del dolor, FOSCAL. Usada con permiso.

LIDERAZGO

El liderazgo en Enfermería es un proceso que promueve la mejora de la salud y el bienestar de la población. Incluye la consecución de los objetivos de la atención de Enfermería y el logro de las metas establecidas para los servicios de salud. Por lo tanto, es un proceso que favorece el desarrollo social, profesional y organizacional.

Los logros con la implantación de las guías basadas en la evidencia han sido reconocidos a nivel institucional, local y nacional, llamando la atención sobre las mejoras en el proceso de atención y elevando el perfil de la Enfermería (Grinspun, 2011, 2015). Este es el resultado de varios años de trabajo y compromiso de todos los profesionales, con el único propósito de brindar una atención de calidad al paciente y reducir significativamente los indicadores que impactan negativamente en su salud y bienestar.

El desarrollo del conocimiento, el fortalecimiento de la toma de decisiones profesionales, la estandarización y la resolución de problemas en la práctica de la Enfermería culminan en la mejora de la atención y los resultados de salud. Basándose en sus resultados en la prevención de caídas y lesiones por caídas en personas mayores, la institución ha sido identificada como una líder en las buenas prácticas y como un ejemplo en la disminución de la incidencia de caídas usando intervenciones basadas en la evidencia y supervisando los resultados.

El liderazgo de FOSCAL sirve de referencia para que el Ministerio de Salud y Protección Social fortalezca el proceso en diferentes instituciones del país.

RESULTADOS Y LOGROS

FOSCAL obtuvo con éxito su designación como BPSO en abril de 2015, en la ceremonia de designación de RNAO en Toronto, Canadá (RNAO, 2015). Anteriormente, en 2014, FOSCAL participó en el IV Congreso Internacional de Enfermería, organizado por el BPSO del Hospital CardioInfantil (FCI-IC) en Bogotá, Colombia. Allí, FOSCAL presentó dos pósteres y participó en un foro sobre la experiencia de implantación de guías basadas en la evidencia. Además, los logros de FOSCAL como parte del Programa de BPSO han sido reconocidos a través de:

- Una invitación para participar en el XIV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería.
- Aparecer en un video del Ministerio de Salud y Protección Social como una institución ejemplar a nivel nacional, en las buenas prácticas.
- Conseguir el segundo puesto en el Modo Oral del Premio al Liderazgo en Prevención del Daño a la Piel.

- Una presentación en las Jornadas Nacionales de Enfermería de Alicante, España, sobre la experiencia de FOSCAL con el éxito local y el liderazgo internacional relacionado con la implantación de las guías clínicas de RNAO.
- La publicación de un artículo en la revista *MedUNAB* titulado "Implantación de las Guías de Buenas Prácticas: experiencia en la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL)". (Esparza-Bohórquez et al., 2016).

CONCLUSIÓN

Como grupo de enfermeras de FOSCAL, nos hemos convertido en líderes en Colombia en la implantación de sistemas de información basados en la evidencia y demostramos un impacto tangible en el desarrollo de los resultados y la calidad de la atención, que proporcionamos a pacientes con un alto nivel de amabilidad. El conocimiento basado en la evidencia ha permitido a FOSCAL ejercer el liderazgo en Enfermería para lograr el cambio y motivar a otras organizaciones a participar en este importante proceso, que es la mejor parte de nuestra experiencia. Nuestros beneficios se reflejan en la disminución de los eventos adversos; el aumento de la satisfacción de los pacientes y de los equipos de trabajo durante el proceso de atención; la actualización de los procesos de atención; la participación en eventos académicos y publicaciones nacionales e internacionales y compartiendo sus experiencias en el proceso de transferir el conocimiento a la práctica y mejorar la Enfermería.

REFLEXIÓN

¿Cuáles fueron los elementos clave que condujeron al éxito de la designación de BPSO en FOSCAL? ¿Cuáles fueron los obstáculos clave que se superaron y cómo se hizo?

E S T U D I O D E C A S O

LA EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA LAS CONDES EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA DE RNAO

La práctica clínica en los sistemas sanitarios actuales está experimentando un importante cambio de paradigma. Desde la década de 1980, el movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) ha respaldado la necesidad de contar con profesionales capacitados a la vanguardia del conocimiento, para que podamos garantizar una atención segura y de calidad para nuestros pacientes. Está ampliamente aceptado que la práctica profesional basada en la evidencia o en los resultados de la investigación y su uso contribuye a mejorar la salud de la población. Sin embargo, según algunos estudios publicados al respecto, al menos el 40% de los pacientes no reciben una atención acorde con los resultados de la investigación y, en consecuencia, entre el 20% y el 25% de la atención puede ser innecesaria e incluso potencialmente perjudicial (Grinspun, Melnyk, & Fineout-Overholt, 2010; Moreno-Casbas, Fuentelsaz-Gallego, Gonza, Rey, & Carlos, 2016).

Además, existen varios obstáculos para el uso de la investigación en Enfermería: falta de tiempo, falta de motivación, falta de apoyo de la dirección, estructuras de las organizaciones, falta de apoyo de los compañeros de trabajo, falta de financiación, escasez de personal e insuficientes conocimientos metodológicos (Moreno-Casbas et al., 2016). Estos factores resultan en bajos niveles de interés y de adhesión al trabajo basado en la evidencia, una realidad a la que la Clínica las Condes se enfrentó y con la que tuvo que lidiar.

Es en este contexto que, a principios del 2010, la dirección de Enfermería de la Clínica las Condes (CLC) quiso ampliar su campo de acción y decidió asociarse con la Asociación Profesional de Enfermería de Ontario (RNAO) a través de su designación internacional como BPSO, lo que no solo permitió que la institución aprendiera las buenas prácticas en la atención de Enfermería basada en la evidencia científica, pero también permitió su implantación, evaluación y mantenimiento posterior. Esto, sin duda, se ha convertido en un incentivo para el personal de Enfermería, que se esfuerza diariamente por proporcionar una atención de calidad, segura y eficiente a sus pacientes, basada en el mejor asesoramiento científico disponible. Hoy en día, los colaboradores de la CLC tienen un marco teórico firme y sostenible que les permite dar forma a las decisiones que toman con sus pacientes con el apoyo de documentos basados en la evidencia (guías clínicas y recomendaciones) elaborado por el Programa de Guías de RNAO.

Esto, a su vez, fortalece el papel de la Enfermería y posiciona a las enfermeras como profesionales del conocimiento que brindan atención de calidad en nuestra institución. El propósito de este estudio de caso es describir la experiencia de la CLC en la implantación de guías de práctica clínica en Enfermería.

EL COMIENZO

En 2010, la dirección de Enfermería de la CLC inició los primeros pasos de su viaje hacia el BPSO, que comenzó cuando la enfermera jefa de entonces se puso en contacto con RNAO y tuvieron las primeras conversaciones sobre la asociación como BPSO. Una vez que esto se puso en marcha, la CLC formó grupos de trabajo dirigidos por las enfermeras jefe de cada unidad clínica. Analizaron el alcance del programa e identificaron las Guías para su implantación: *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) y *Valoración y manejo de úlceras por presión en estadio del I a IV* (RNAO, 2007a).

A pesar de la sorprendente iniciativa y el entusiasmo demostrado por las jefas de Enfermería, se enfrentaron a desafíos para internalizar la designación e BPSO y cumplir con todos los requisitos solicitados por RNAO. Las enfermeras de la CLC siguieron adelante y agregaron las dos Guías anteriores a su trabajo ya programado, sin estar necesariamente capacitadas o preparadas para otros aspectos del programa. La situación se vio agravada por los cambios en el liderazgo de la Enfermería durante el periodo comprendido entre 2010 y 2012. Por lo tanto, con el fin de estabilizar las condiciones para la designación de BPSO, se nombró al líder de BPSO como responsable de facilitar el programa, concienciar y motivar a las enfermeras y a otros profesionales sanitarios para que participasen y colaborasen. Los grupos de trabajo también se consolidaron de tal manera que cada miembro asumió la función de apoyar la implantación de una guía en particular (ver Figura 15.8).

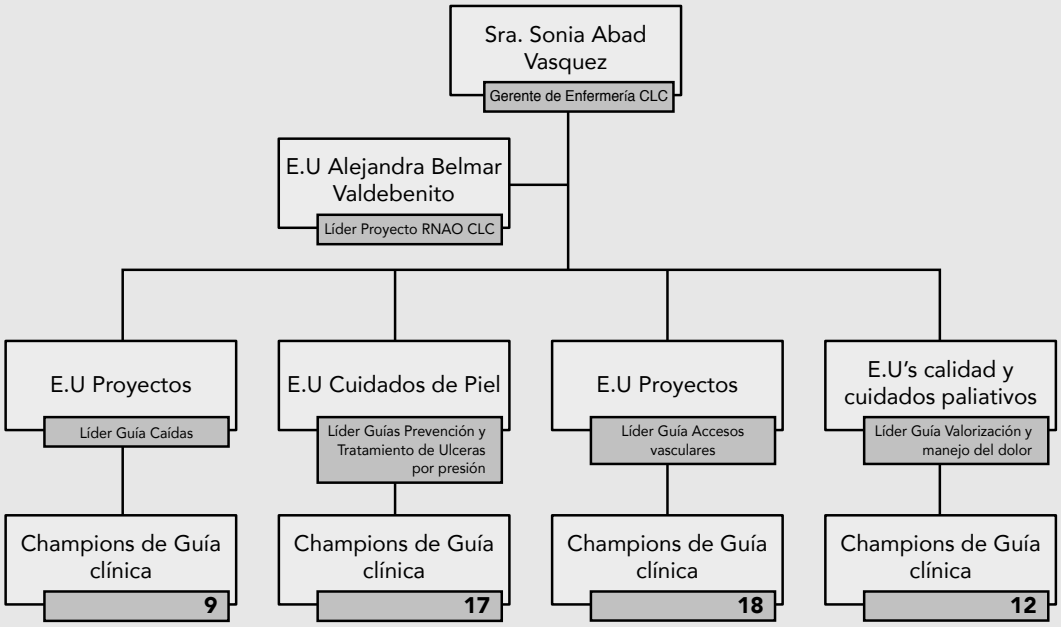


FIGURA 15.8 Estructura del equipo BPSO en la CLC, 2017.

Estos grupos de trabajo están compuestos principalmente por una enfermera educadora, una enfermera de cuidados paliativos, una enfermera del cuidado de heridas, una enfermera de ostomía, una enfermera de calidad en pabellones quirúrgicos, una enfermera de proyectos y enfermeras de enseñanza e investigación. Comenzaron a trabajar en 2013 en la implantación de la guía *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) y en la adaptación de la política institucional de acuerdo con las recomendaciones de las Guías. Este trabajo se complementó con el desarrollo de dos políticas institucionales específicas: una para pacientes hospitalizados y otra para pacientes tratados en quirófanos. Al mismo tiempo, se trabajó en el desarrollo de insignias del BPSO y folletos educativos para pacientes y familiares, que promovieron la difusión de las Guías (ver Figuras 15.9a y 15.9b).



FIGURA 15.9A Insignia BPSO desarrollada por la Clínica las Condes (CLC). Usada con permiso.



FIGURA 15.9B Folleto educativo de BPSO desarrollado por la Clínica las Condes (CLC). Usada con permiso.

A medida que la infraestructura y las actividades del programa funcionaban y se establecían, gradualmente se fue ganando el reconocimiento por parte de las jefas de Enfermería de cada unidad clínica.

A finales de 2013, el equipo inició la creación de la formación en línea para la prevención de úlceras por presión, basada en la Guía de RNAO, dirigida a enfermeras y técnicas de Enfermería. El objetivo era facilitar una mejor asimilación de los conocimientos a través del aprendizaje a distancia, lo que condujo a mejores resultados clínicos. Más detalles sobre el programa de formación en línea se compartirán más adelante en este estudio de caso.

Con el tiempo, el Programa de BPSO ganó estabilidad y tomó forma. Una de las acciones clave fue establecer la composición ideal del grupo de trabajo, que debería incluir a enfermeras en las áreas de calidad de la atención, el cuidado de heridas, el manejo del dolor y la gestión de proyectos. En conjunto, esto garantizaría la plena implantación de una guía específica, junto con la creación de capacidad y otros objetivos relacionados. La Figura 15.8 resume la organización del equipo para el año 2017 y muestra el liderazgo del BPSO, el líder de las Guías y el equipo de Impulsores para cada Guía que se está implantado.

IMPULSORES

El desarrollo de los Impulsores de las Guías comenzó en 2011 con la adopción de la guía sobre *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b). Desde el principio, la participación en el Programa de BPSO fue totalmente voluntaria, lo que fomenta un mayor compromiso y continuidad por parte de los participantes. Hoy en día, la CLC cuenta entre su personal con un total de 64 impulsores para las diferentes Guías implantadas (ver Figura 15.10). Las principales funciones de los impulsores incluyen las siguientes:

- Revisar cuidadosamente las guías clínicas para su grupo de trabajo.
- Revisar activamente las guías de actuación y los protocolos de la Clínica las Condes que correspondan a la guía de su grupo de trabajo de RNAO.
- Motivar a los colegas a seguir las buenas prácticas de Enfermería dentro de sus servicios clínicos.
- Presentar las recomendaciones y resultados de las Guías de forma semestral a través de reuniones participativas en sus respectivos servicios clínicos.
- Presentar anualmente los resultados y temas al grupo de RNAO.
- Asegurar el cumplimiento de las guías implantadas en cada servicio clínico.

También es importante señalar que, aunque el programa comenzó reclutando solo enfermeras como impulsoras, ya hay otros profesionales de la salud que se han unido al proceso de implantación de Guías de manera continua, como se detalla en la Figura 15.10. La tabla proporciona una visión más global e interdisciplinaria del programa de Impulsores en la CLC.

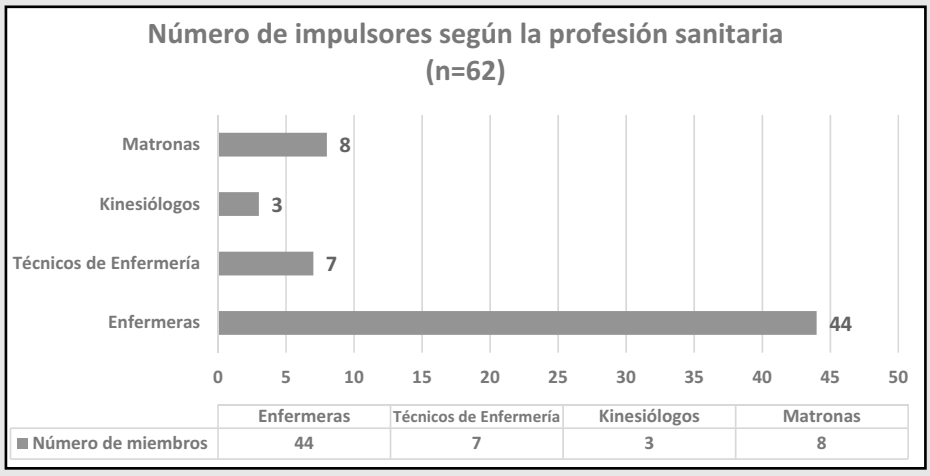


FIGURA 15.10 Número de Impulsores por profesión, CLC. Usada con permiso.

Es así como, casi 6 años después del inicio de la formación de los Impulsores, algunos de ellos se han referido al programa a través de los siguientes testimonios:

"Ser parte de la Red de Impulsores de las Guías ha sido muy gratificante, ya que se puede contribuir al enfoque general de la atención de Enfermería y brindar atención de calidad a los pacientes. Al formar parte de un grupo de enfermeras y otros profesionales sanitarios que pertenecen a diferentes servicios, conocí otras realidades a las que nos enfrentamos día a día. Así, juntos, a través de disciplinas y servicios, buscamos la mejor manera de resolver problemas con la mejor evidencia. Todos trabajamos con el mismo propósito, dando mejor cuidado a nuestros pacientes".

–Paulina Sanhueza, Enfermera, Servicios Quirúrgicos

"Me ofrecí como voluntaria para ser impulsora hace casi un año. Ha sido un año lleno de retos, mucha dedicación y trabajo en equipo. Ver cómo ha surgido el BPSO ha sido muy gratificante para mí a nivel personal y profesional. Al interiorizar la existencia de las Guías de RNAO, me di cuenta de que no solo nos proporciona un marco basado en la evidencia para nuestro trabajo profesional, sino que también nos ayuda a generar más evidencia. En relación con la CLC, nuestro fuerte compromiso con la práctica basada en la evidencia y nuestros resultados nos han dado un perfil internacional de excelencia en la atención".

–Barbara Silva, Enfermera, Servicios Pediátricos

"Ha sido interesante porque trabajar con gente de otras disciplinas es bueno. Como kinesiólogo, estar en el grupo de prevención de caídas ha contribuido positivamente a mi trabajo y ha sido muy enriquecedor para mí. Ahora soy mucho más consciente de las caídas y de la prevención de caídas y hemos tomado precauciones para reforzar la seguridad del paciente".

–Giancarlo Calcagno, Kinesiología

HITOS

Uno de los hitos más importantes en la implantación de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO tuvo lugar en 2014, con el lanzamiento de la formación en línea para la prevención de las úlceras por presión. Este programa educativo nació de la necesidad de mantener las competencias de Enfermería sin exigir el tiempo de los colaboradores para asistir a clases presenciales. Además, el uso de las tecnologías de la información y la comunicación ha permitido facilitar la transferencia de conocimientos de una manera mucho más eficiente en comparación con la metodología tradicional cara a cara. De esta manera, se formó a un total de aproximadamente 941 enfermeras y técnicos de Enfermería a través de la tecnología de formación en línea (ver la Figura 15.11).

Desde 2005, la CLC ha adoptado este sistema de aprendizaje, que su personal ha calificado como excelente, dada la posibilidad de completar la formación desde el hogar o desde otro lugar, según su horario. Además, se han identificado otras ventajas de la formación a distancia (Villaverde, 2013):

- Excede los límites de la clase.
- Se adapta al ritmo del alumno individual.
- Permite un uso flexible del tiempo.
- Emplea una variedad de medios y recursos.
- No separa a las personas de su entorno laboral o familiar.
- Promueve la autonomía de los participantes.

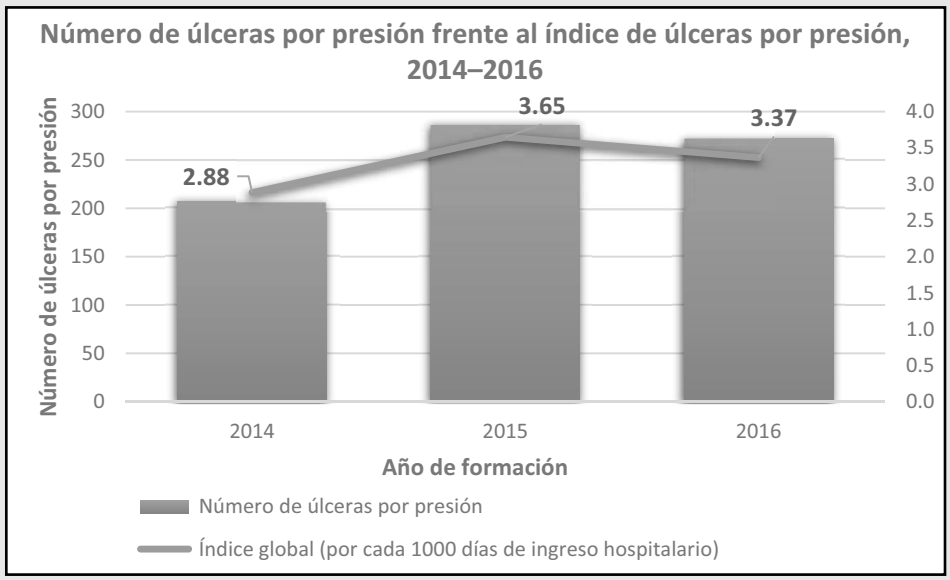


FIGURA 15.11 Cantidad de personal capacitado por aprendizaje en línea, CLC. Usada con permiso.

Los beneficios de usar un software educativo en la enseñanza y el aprendizaje son los siguientes (Barrios Araya, Masalán Apip, & Cook, 2011):

- Es un medio que ofrece a los estudiantes información visual a través del ordenador portátil o de la computadora.
- Tiene una gran capacidad para motivar a los estudiantes.
- La comunicación puede ser bidireccional, proporcionando retroalimentación continua al alumno.
- El trabajo puede adaptarse al trabajo y al estilo de aprendizaje de cada alumno individualmente, lo que corrobora el principio de individualización promovido por el nuevo sistema educativo.
- La corrección y evaluación de los ejercicios puede ser inmediata si hay interactividad.
- Es un medio capaz de mostrar y simular la realidad casi a la perfección.

El valor de esta metodología de aprendizaje en la construcción de la base de conocimientos de las enfermeras en relación con la prevención y el cuidado de heridas se reflejó en los datos de los resultados de las heridas de los pacientes. La CLC inauguró su nuevo edificio hospitalario en 2014, con el doble de camas que antes y casi el doble del personal existente. A pesar de estos factores, la tasa de úlceras por presión reportada a nivel institucional no sufrió grandes variaciones (ver Figura 15.12). Por el contrario, la tasa disminuyó en 2015, lo que confirma la eficacia de la atención basada en la evidencia y su difusión a través de la metodología de aprendizaje en línea

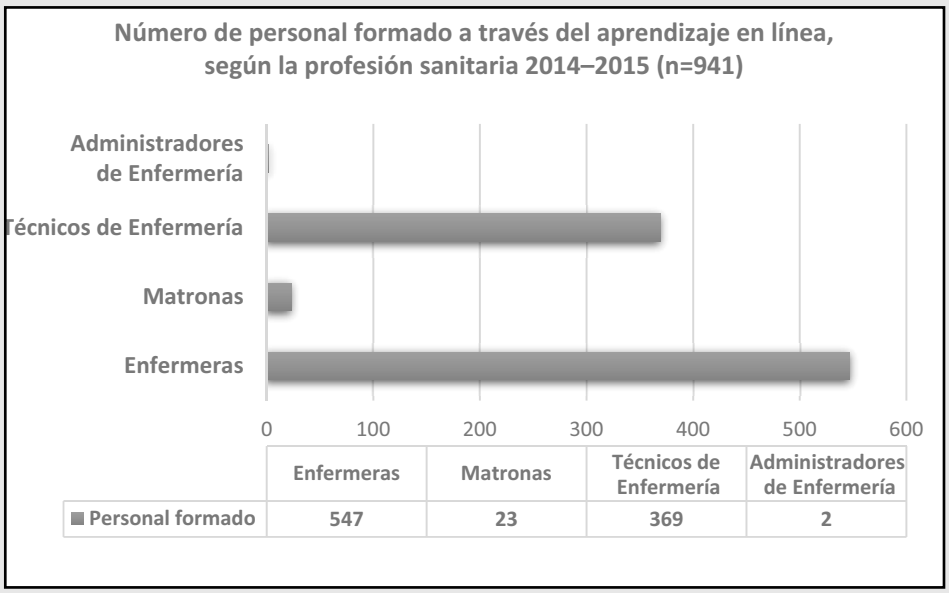


FIGURA 15.12 Número de úlceras de presión en la CLC en comparación con la tasa global de úlceras de presión, 2014-2016, CLC.
Usada con permiso.

La CLC ha sido innovadora y se ha convertido en un líder entre los hospitales del país a través de su participación en la designación como BPSO y la promoción del aprendizaje del personal y su adhesión a la implantación de las Guías.

AVANCES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

En la actualidad, las Guías de RNAO y su implantación se han vuelto indispensables para el cuidado de nuestros pacientes. Tras la implantación de las guías basadas en la evidencia, hasta la fecha se han modificado cuatro protocolos institucionales en todas las áreas de la CLC, los cuales fueron aprobados por el jefe de Enfermería y la directora médica. Estos exigen el cumplimiento por parte de todos los profesionales sanitarios que participan en la atención de los pacientes. Además, la búsqueda de la mejor evidencia científica para integrar en la atención se ha incluido en los planes de mejora continua de las unidades clínicas, en toda la formación institucional y en todos los procesos de orientación de enfermeras y técnicos de Enfermería. Esto está generando lentamente un cambio cultural que, además de proporcionar conocimiento, capacita al personal clínico para tomar las decisiones mejor fundamentadas en la atención de sus pacientes.

La formación de los Impulsores de las Guías ha sido fundamental para el éxito del BPSO en la CLC. Su compromiso se refleja en la baja rotación (2 personas de 66), que puede vincularse a su aplicación voluntaria al programa y a su alto grado de participación en las medidas de mejora propuestas para los problemas detectados. Además, estar preparados para liderar un tema y guiar a sus colegas hacia la mejora continua basada en las buenas prácticas causa una mayor motivación en los Impulsores para estar siempre actualizados en el conocimiento y transmitirlo de manera oportuna. El reconocimiento de los compañeros provoca el éxito de los Impulsores, ya que hay una mayor receptividad y, a su vez, un aprendizaje, que tiene lugar entre los compañeros.

Otro factor que ha contribuido a la motivación de los Impulsores es el reconocimiento y el continuo refuerzo positivo por parte de la enfermera jefe de la CLC, los gerentes de Enfermería y el equipo del BPSO en la CLC. Actividades como la certificación de Impulsores, celebrada en diciembre de 2016 con la Dra. Doris Grinspun, directora ejecutiva de RNAO, reconocen el trabajo en equipo y el compromiso, así como animan al personal a desempeñar un papel más importante en la práctica clínica. A través de esto, están capacitados y motivados para proporcionar una atención óptima a los pacientes.

PRÓXIMOS PASOS

La CLC está trabajando actualmente en la implantación de dos nuevas guías: la Guía de *Administración de insulina subcutánea en adultos con diabetes tipo 2* (RNAO, 2009) y la de *Integrar el abandono del tabaco en la práctica diaria* enfermera (RNAO, 2007b). Estas guías han sido revisadas con el fin de ser implantadas en los centros de prevención y tratamiento de estas patologías, lo que extiende los servicios de la CLC a los pacientes ambulatorios y sus familiares. Al mismo tiempo, ambos centros (centro de diabetes y centro clínico de cáncer) están elaborando la política institucional, basada en las recomendaciones de las Guías de RNAO, para garantizar una adopción plena y sostenida tras su lanzamiento. Se espera que el proceso completo tenga lugar a finales de 2017.

El equipo de BPSO también está trabajando en nuevas estrategias para motivar a los impulsores existentes a asumir nuevos retos, ofreciéndoles mayor visibilidad y responsabilidad ante sus colegas. Un claro ejemplo de ello es la participación de Impulsores en la grabación de la nueva versión del aprendizaje en línea sobre prevención de úlceras por presión. También forma parte de la cartera de próximos proyectos el desarrollo de equipos de acceso a la atención vascular de acuerdo con la Guía de RNAO *Valoración y selección de dispositivos de acceso vascular* (RNAO, 2008), campañas masivas de prevención de caídas y el inicio de la monitorización de la implantación de la Guía *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2013b). Para estos últimos, los Impulsores de la CLC, con el apoyo de los miembros del equipo de BPSO, supervisarán el cumplimiento de las recomendaciones de las Guías y guiarán a sus colegas hacia el cumplimiento correcto de las escalas de calificación del dolor.

Finalmente, la Clínica Las Condes está promoviendo programas de reconocimiento a los Impulsores. El objetivo es destacar la implicación de los participantes en la designación de BPSO, mantener su motivación, empoderarles y ayudarles a empoderar a sus colegas como profesionales del conocimiento. De esta manera, se reconoce y refuerza su desempeño positivo, lo que a su vez motivará a más profesionales de la salud a unirse al viaje de BPSO.

CONCLUSIÓN

La implantación de las guías de práctica clínica nos permite tener una orientación clara de los cambios y mejoras que deben realizarse en nuestras acciones cotidianas, a favor de la estandarización de la atención basada en la evidencia y la reducción de la variabilidad clínica.

El uso de estrategias innovadoras, el empoderamiento de los profesionales y los métodos de motivación continua nos han permitido mantener y ampliar la implantación de las Guías a más áreas de la institución, así como a más profesionales de la salud. La directora de Enfermería de la CLC, la Sra. Sonia Abad Vásquez, también enfatiza la difusión de la práctica basada en la evidencia en cada oportunidad, como durante su discurso en el Día de la Enfermería de 2017:

"Manejar la atención de manera oportuna, segura y satisfactoria implica responder a nuestros pacientes con la mejor evidencia disponible para tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de las personas. La Enfermería basada en la evidencia está emergiendo como un instrumento válido para mantener la práctica de la Enfermería y mejorar la calidad de la atención".

A esto se suma su opinión sobre los próximos desafíos para la CLC en esa dirección:

"El reto de la Enfermería en la Clínica Las Condes es continuar de esta manera, fortaleciendo nuestra profesión basada en el conocimiento y contribuyendo al equipo de salud para que, de esta forma, se logren los mejores resultados para nuestros pacientes".

Sin duda, la Clínica Las Condes ha cambiado su paradigma de atención al paciente en los últimos años. Hoy en día, la calidad y la seguridad de la atención son pilares básicos que guían nuestros estándares y es dentro de este marco de trabajo que la Enfermería basada en la evidencia, que adopta las Guías de Buenas Prácticas de RNAO, desempeña un papel fundamental en el cumplimiento de estos pilares. Además, el desarrollo de Impulsores nos ha permitido sacar lo mejor de nuestros colaboradores y capacitarlos para participar los planes de mejora para una mejor atención.

Finalmente, uno de los mayores desafíos para una organización de salud no es únicamente mantener, sino también avanzar en el rigor metodológico en la implantación, la medición de resultados y la creación de planes de mejora en cada área. Seguimos esforzándonos por conseguirlo, así como seguimos motivando a los profesionales sanitarios para que utilicen la mejor evidencia disponible con los pacientes, garantizando así siempre que mejoremos nuestra calidad de servicio.

REFLEXIÓN

¿Cuáles fueron los elementos clave que condujeron al éxito de la designación de BPSO en la CLC? ¿Cuáles fueron los obstáculos clave que se superaron y cómo se hizo?

EL CONSORCIO DE BPSO DE AMÉRICA LATINA: DE LA FORTALEZA A UNA MAYOR FORTALEZA

Se ha hablado mucho de la designación de BPSO de RNAO, de su amplitud y de su éxito general (Grinspun, 2015, 2017). El Consorcio de BPSO de América Latina es un ejemplo vivo del éxito de la designación de BPSO en el contexto latinoamericano. Los BPSO del consorcio obtienen una enorme fuerza individualmente y como grupo. Juntos han desarrollado un vínculo único y una fuerte identidad colectiva, que se expresa continuamente en sus símbolos visuales, así como en su apoyo mutuo y su deseo de trabajar en colaboración. Este intercambio cognitivo, social y emocional de conocimientos y experiencias, éxitos y fracasos, les ha servido para avanzar en la adopción y sostenibilidad de las Guías, así como en la fidelidad al Programa de BPSO. También se ha convertido en una fuente de fortaleza e inspiración para los nuevos BPSO en la región y en otros lugares.

En 2014, el *Programa de Enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga* (UNAB), en Bucaramanga (Colombia), se unió como BPSO Académico-Directo. En 2017, el consorcio obtuvo tres nuevos BPSO Host, dos de ellos en Chile y uno en Perú, que reúnen a 20 nuevas organizaciones académicas y de servicios. Evolucionando de un modesto consorcio de 4 hospitales y 1 universidad en 2012 a 25 organizaciones en 2017, el Consorcio de BPSO de América Latina se ha convertido en el tercer socio más grande en el Programa de BPSO de RNAO después de Canadá y España. Lo que es más importante es la naturaleza de los tres BPSO Host que se han incorporado recientemente y la capacidad que tienen para catapultar al Consorcio de BPSO de América Latina a nuevas cotas de colaboración, logros y el fomento de la identidad colectiva del Programa de BPSO de RNAO, condimentado por su singular contexto cultural.

El primer BPSO Host es la Universidad de Chile, que solicitó pasar de ser un BPSO Directo a un BPSO Host, obtuvo la aprobación y se ocupará de cinco universidades chilenas como sus BPSO Académicos-Directos. El segundo BPSO Host es el Ministerio de Salud de Chile, conocido como MINSAL, donde el acuerdo fue firmado en una ceremonia televisiva formal por el Ministro de Salud de su país y la directora general de RNAO, marcando el acuerdo internacional de más alto nivel firmado para el programa. El acuerdo MINSAL comenzó con siete hospitales de BPSO Clínicos-Directos en varias regiones de Chile y se expandirá rápidamente a otros hospitales públicos y organizaciones de atención primaria en ese país (El América, 2017; RNAO, 2017). El tercer BPSO Host, el Colegio de Enfermeros del Perú, comenzó su andadura con seis hospitales de BPSO Clínicos-Directos y dos universidades de BPSO Académicos-Directos (The Trujillo Com, 2017; Panamericana TV, 2017; RNAO, 2017).

Desde el principio, todos estos BPSO obtuvieron un tremendo apoyo de los miembros fundadores del consorcio y de la robusta infraestructura que RNAO tiene en funcionamiento. El Programa de Orientación para cada uno de estos nuevos BPSO fue coliderado por la directora general de RNAO y uno de los líderes regionales fundadores del BPSO, sabiendo que los recién llegados se beneficiarían de la experiencia de RNAO y también de la experiencia y el contexto de conocimiento local de un líder académico y/o clínico del BPSO existente en la región.

REFLEXIÓN

Compare y contraste los BPSO desde la perspectiva de los factores de éxito, los enfoques de compromiso, la gestión de las barreras, el enfoque único y los resultados.

Todos los nuevos BPSO se han unido a las reuniones bimensuales de intercambio de conocimientos, en las que aprenden de las estrategias y los éxitos de otros BPSO y reciben asesoramiento sobre los desafíos encontrados. Por ejemplo, la UNAB se introdujo en los módulos de formación en línea innovadores y desarrollados por la Clínica las Condes (CLC), que a través de sus obligaciones en especie con RNAO da acceso a estos y a otros recursos que creó como parte de su sólido repositorio educativo. Todos los nuevos líderes de BPSO se han beneficiado por asistir a la conferencia regional anual de BPSO, que rota entre países. Además, algunos se han unido a un grupo de trabajo de los BPSO Académicos que está desarrollando indicadores NQuIRE específicos para la integración de las Guías en los planes de estudio.

CONCLUSIÓN

El Consorcio de BPSO de América Latina es una historia de éxito en muchos niveles. En primer lugar, el increíble entusiasmo de sus miembros, su compromiso inquebrantable y su extraordinario liderazgo son una fuente de inspiración para todos y un ejemplo para la designación de BPSO de RNAO en general, lo que fomenta el éxito, la sostenibilidad y la fidelidad. En segundo lugar, su capacidad para compartir, apoyar y propulsarse unos a otros dentro de los países y entre ellos es ilimitada. Este rico intercambio tiene lugar de forma continua, tanto formalmente a través de las reuniones del consorcio con RNAO como informalmente entre ellos a través de correos electrónicos, llamadas telefónicas y visitas *in situ*. En tercer lugar, este consorcio vive en las historias y acciones que la designación de BPSO ha creado para la identidad colectiva que caracteriza el movimiento social de cambios en la práctica formativa y clínica. En cuarto y último lugar, fue el Consorcio de América Latina el que impulsó a RNAO a crear sus modelos de formación de formadores. Con su rápida expansión en una región que utiliza el español, era imperativo que RNAO creara soluciones que fueran a la vez receptivas y rentables.

El Consorcio de América Latina fue uno de los primeros en experimentar los beneficios de los programas de formadores expertos en implantación y en evaluación de RNAO certificados por los BPSO Host. Estos programas se detallan en el Capítulo 12, *La difusión global de las Guías de RNAO: la sostenibilidad y fidelidad de la designación de BPSO*. Su uso con el Consorcio de BPSO de América Latina en la UNAB, el MINSAL y sus 7 BPSO Directos, así como el Colegio de Enfermeros del Perú y sus 7 BPSO Directos, ejemplifica la madurez y capacidad de RNAO para innovar continuamente su infraestructura de Programas de Guías y sus modelos de entrega de BPSO. Al crear capacidad en sus procesos establecidos de capacitación y auditorías *in situ*, RNAO permite el crecimiento y la sostenibilidad continuos de una designación generalizada de BPSO. En el caso de América Latina, esto está resultando beneficioso porque la certificación de los líderes de BPSO como formadores y auditores en la región está dando como resultado menos viajes, más rentabilidad para los BPSO, mayor facilidad de comunicación y reconocimiento de la experiencia regional.

MENSAJES CLAVE

- La designación de BPSO se adapta a diferentes contextos con resultados sobresalientes.
- El liderazgo dinamizado a nivel local y regional es fundamental para difundir la designación de BPSO a través de diferentes culturas y contextos.
- La preparación de la organización y del personal, junto con una estrategia de implantación de las Guía a nivel organizacional clara, significativa y completa, como la designación de BPSO, puede conducir a un cambio cultural sostenido.
- Los requisitos clave de BPSO relacionados con la creación de una infraestructura, el desarrollo de capacidades, los planes integrales de implantación, la atención a la evaluación, la difusión de los resultados y el cumplimiento de los requisitos de supervisión de RNAO, todo ello repercute en el éxito como BPSO.
- El apoyo de los pares entre los BPSO es una fuerte palanca para una adopción de éxito de las Guías y su uso sostenido.
- NQuIRE de RNAO es una herramienta robusta para posicionar el impacto de la excelencia en la práctica de la Enfermería en las organizaciones.
- Los BPSO han demostrado ser un poderoso mecanismo para sostener y difundir el uso de las Guías de RNAO, así como para mantener la fidelidad del programa.
- El Modelo de formación de formadores de BPSO ha contribuido a la rápida expansión de los BPSO en la región latinoamericana, teniendo un impacto en los costos, la comunicación, el desarrollo y el reconocimiento de los líderes locales y regionales.
- El Consorcio de BPSO de América Latina muestra una fuerte identidad colectiva desarrollada a lo largo del tiempo a través de experiencias comunes e inversión emocional, que fomenta el uso sostenido de las Guías en la práctica y la formación, dando lugar a resultados positivos para los pacientes y las organizaciones.

REFERENCIAS

Barrios Araya, S., Masalán Apip, M. zP., & Cook, M. P. (2011). Health education: In search of innovative methodologies. *Science and Nursing, 17*(1), 57–69. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100007

Dearholt, S., & Dang, D. (2012). *Johns Hopkins nursing evidence-based practice: Model and guidelines* (2nd ed.). Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.

DiCenso, A., Virani, T., Bajnok, I., Borycki, E., Davies, B., Graham, I., . . . Scott, J. (2002). A toolkit to facilitate the implementation of clinical practice guidelines in healthcare settings. *Hospital Quarterly, 5*(3), 55–60.

El América. (2017). http://elamerica.cl/2017/12/13/chile-y-canada-celebran-convenio-de-acuerdo-para-la-implementacion-de-guias-de-practica-clinica-basadas-en-evidencia/ Diciembre 13, 2017

Esparza-Bohórquez, M., Granados Oliveros, L. M., & Joya-Guevara, K. (2016). Implementación de la guía de buenas prácticas: Valoración del riesgo y prevención de úlceras por presión: Experiencia en la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL). *MedUNAB*, *19*(2), 115–123.

Fundación Cardio-Infantil IC. (2012, October 17). *Informe anual de gestión. Fundación Cardio-Infantil IC. Bogotá, 2009–2012.* [PowerPoint slides]. Retrieved from http://www.slideshare.net/pasante/1caso-de-xito-fundacin-cardioinfantil-turismo-de-salud

Grinspun, D. (2007). Healthy workplaces: The case for shared clinical decision making and increased full-Time employment. *Healthcare Papers* (Special Issue), 7, 69–75.

Grinspun, D. (2011). Guías de práctica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Enfermeria Clinica*, *21*(1), 1–2.

Grinspun, D. (2015). Transforming nursing practice through evidence. Revista *MedUNAB*, *17*(3), 133–134.

Grinspun, D. (2017). Leading evidence-based nursing care through systematized processes (Editorial). Revista *MedUNAB*, *19*(2), 83–84. Retrieved from http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=2615

Grinspun, D., & Aninyam, C. (2014). Leadership. In S. Coffey & C. Anyinam (Eds.), *Interprofessional health care practice* (1st ed.), (131–158). Toronto, Canada: Pearson Canada Inc.

Grinspun, D., Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2014). Advancing optimal care with rigorously developed clinical practice guidelines and evidence-based recommendations. In B. M. Melynk & E. Fineout-Overholt (Eds.), *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice* (3rd ed.), (182–201). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

Haines, S. (2005). *Leading strategic change.* San Diego, CA: Systems Thinking Press.

Lucía Cortés, O., Serna-Restrepo, A., Salazar-Beltrán, L. D., Rojas-Castañeda, Y. A., Cabrera-González, S., & Arévalo-Sandoval, I. (2016). Implementación de guías de práctica clínica de la Asociación de Enfermeras de Ontario-RNAO: Una experiencia de enfermería en un hospital colombiano. *MedUNAB*, *19*(2), 103–114.

Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., González-María, E., & Gil de Miguel, A. (2010 May-June). Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermeria Clinica. 20*(3), 153–164. doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.01.005

Panamericana TV. (2017). https://panamericana.pe/24horas/salud/237180-enfermeros-peru-canada-firman-importante-acuerdo-internacional

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007a). *Assessment and management of stage I to IV pressure ulcers.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007b). *Integrating smoking cessation into daily nursing practice.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2008). *Assessment and device selection for vascular access.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *Best Practice Guideline for the subcutaneous administration of insulin in adults with type 2 diabetes.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011a). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011b). *Risk assessment and prevention of pressure ulcers.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a, July 9). *RNAO's clinical Best Practice Guidelines debut in Chile and Colombia.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013a). *Assessment and management of foot ulcers for people with diabetes* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013b). *Assessment and management of pain.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013c). *Developing and sustaining nursing leadership.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015, April 9). *RNAO celebrates milestone anniversary with international flare.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2015/04/09/rnao-celebrates-milestone-anniversary-international-flare

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2008). *SIGN 50: A guideline developer's handbook.* Retrieved from http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/

The Trujillo Com. (Enero 4, 2018). https://detrujillo.com/colegio-de-enfermeros-del-peru-firma-convenio-con-canada-para-implementar-modelo-de-buenas-practicas-clinicas/

Villaverde, M. F. (2013). Distance education and its relation with the new technologies of the information and the communications. *MediSur*, *11*(3), 280–295. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000300006&lng=en&tlng=en

UNIDAD

5

EVALUAR LOS RESULTADOS, DEMOSTRAR SUS EFECTOS: EL TERCER PILAR PARA EL ÉXITO

16 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS GUÍAS: DESARROLLO Y PERFECCIONAMIENTO DE NQUIRE® 395

17 RELACIÓN CALIDAD-PRECIO: MEDICIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LOS BPSO EN AUSTRALIA 433

CAPÍTULO

16

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS GUÍAS: DESARROLLO Y PERFECCIONAMIENTO DE NQUIRE®

Valerie Grdisa, PhD, MS, BScN, RN
Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD(hon), Dr(hc), O.ONT
Gurjit Kaur Toor, MPH, BScN, RN
Yaw O. Owusu, PhD, MS, MSc, BSc
Shanoja Naik, PhD, MPhil, MSc, BEd, BSc
Kyle Smith, BSc

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Entender los antecedentes, la historia y el propósito del sistema de datos NQuIRE.
- Entender el modelo Donabedian y cómo se aplica a los indicadores NQuIRE.
- Describir las etapas del proceso de desarrollo de indicadores NQuIRE y las garantías para la seguridad y privacidad de NQuIRE.
- Describir el marco de calidad de datos de NQuIRE y cómo contribuye a un sistema de datos robusto.
- Describir cómo los datos de información de salud son críticos para la provisión de servicios de salud y cómo se utilizan para muchos propósitos secundarios, incluyendo la mejora de la calidad, la responsabilidad y la investigación.
- Inspirarse en el impacto de la implantación de las Guías en los BPSO basado en el análisis de resultados de NQuIRE.
- Describir las metodologías de evaluación de RNAO que demuestran el valor y los resultados de la implantación de las Guías en los BPSO y en las residencias de cuidados de larga duración.

Este capítulo se centra en la evaluación por parte de RNAO del impacto de sus Guías de Buenas Prácticas (Guías). En particular, se centra y rastrea la historia de Indicadores de Calidad Enfermera para la Monitorización y la Evaluación (NQuIRE), desde su etapa de concepción hasta el comienzo temprano como un sistema de datos. El capítulo destaca el estado actual de NQuIRE, preparado para producir informes comparativos, el informe de tendencias de los indicadores de enfermería, y para ser una fuente sólida de datos para profesionales, administradores, educadores, investigadores y responsables de políticas. Describimos la historia, el propósito y la infraestructura de NQuIRE y compartimos ejemplos de indicadores de estructura, proceso y resultados junto con el impacto de las Guías en todo el mundo. También hablamos sobre los apoyos clave para los BPSO, incluyendo el desarrollo de capacidades para usar NQuIRE y asegurar la calidad de los datos.

INTRODUCCIÓN

Las guías clínicas basadas en la evidencia tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención y optimizar los resultados de salud, el rendimiento organizacional y los resultados del sistema sanitario. Sin embargo, muchos de los esfuerzos que se han hecho para implantar programas diseñados para mejorar la calidad y los resultados de la atención clínica no siempre han cumplido su promesa.

Aunque existen estudios individuales y algunas revisiones sistemáticas sobre la propuesta de valor de las guías clínicas, es difícil encontrar un enfoque integral y longitudinal. Lugtenberg, Burgers y Westert (2009) realizaron una revisión sistemática de los estudios que evaluaron los efectos de las guías holandesas basadas en la evidencia sobre el proceso y la estructura de la atención y los resultados de los pacientes. Se incluyeron 20 estudios y 17 de ellos mostraron mejoras significativas en el proceso y en la estructura de la atención. Los efectos de las guías sobre los resultados de salud de los pacientes se estudiaban mucho menos. Esta es la razón detrás del nacimiento de NQuIRE, un sistema de datos internacional desarrollado por la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) en Canadá (Grinspun, Lloyd, Xiao, & Bajnok, 2015).

Las Guías de RNAO se están implantando en 550 Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO) en todo el mundo, ubicadas en cuatro continentes. Cada vez hay más pruebas de que la implantación de las Guías contribuye a obtener mejores resultados a nivel del paciente, la enfermera, el equipo, la organización y el sistema de salud, y a un menor costo, con lo que se logra una mejor relación calidad-precio. Las evaluaciones locales reportan mejoras sustanciales en los resultados clínicos de los pacientes y en el rendimiento financiero de los BPSO. En el Capítulo 17, se detalla dicho impacto en Australia.

Como se describe en el Capítulo 1, el programa se compone de tres pilares principales: desarrollo, implantación y evaluación. Este capítulo se centra en este último, y la Figura 16.1 muestra las cuatro áreas de enfoque dentro del pilar de evaluación y supervisión del Programa de Guías. Los BPSO han creado una plataforma de metodologías de evaluación innovadoras para que RNAO mida el impacto de la atención de Enfermería basada en la evidencia tanto para la mejora de la calidad como para la investigación futura. NQuIRE es una base de datos con un sistema de entrada de datos en línea; diccionarios de datos, incluyendo un conjunto de indicadores estructurales a nivel de la organización, así como un conjunto de indicadores de proceso y de resultados para cada Guía clínica, y procesos de recopilación de datos y elaboración de informes.

A través de NQuIRE, RNAO recopila, analiza e informa sobre los datos de los indicadores de calidad presentados por todos los BPSO de RNAO. El sistema está diseñado para apoyar a los BPSO en la

supervisión y evaluación del impacto de la implantación de las Guías en sus organizaciones, permitiéndoles hacer un seguimiento del progreso, hacer comparaciones dentro de la organización y, en el futuro, realizar análisis comparativos entre los BPSO. Agudiza la capacidad de los BPSO para realizar mejoras efectivas en la práctica mediante la identificación de áreas de intervención y/o áreas de inversión adicional para optimizar los resultados clínicos, organizativos y del sistema de salud.



FIGURA 16.1 Pilar de evaluación y supervisión del Programa de Guías de RNAO.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados. Usado con permiso.

> *"Vemos que tenemos que pasar a ver a NQuIRE como el primer y no el octavo paso en el proceso de implantación de las Guías. Comprender los diccionarios de datos fue una curva de aprendizaje para nosotros, pero un paso muy útil en la comparación con nosotros mismos y con BPSO similares".*
>
> –Karen Cziraki
> Estudiante de doctorado, MSc, BScN, RN
> Líder del BPSO Directo Cambridge Memorial Hospital

El personal de Enfermería constituye la columna vertebral del sistema de salud y es esencial para cuantificar los cuidados de Enfermería y las iniciativas de mejora de la calidad dirigidas por enfermeras que se basan en puntos de referencia a nivel de unidad y en los promedios de los pares locales, nacionales o internacionales (VanDeVelde-Coke et al., 2012). La medición estandarizada de los indicadores sensibles a la Enfermería y la evaluación de los resultados es esencial para evaluar las intervenciones de Enfermería e implantar iniciativas de mejora de la calidad (Doran, Mildon y Clarke, 2011). NQuIRE es la primera iniciativa internacional de mejora de la calidad de este tipo, que consiste en un sistema de datos de indicadores de calidad derivados de recomendaciones de guías basadas en la evidencia.

Mediante la supervisión, la evaluación y la presentación de informes sobre las mejoras en la calidad de la atención de Enfermería en todo el mundo, NQuIRE está produciendo indicadores de calidad validados y aprobados por BPSO que contribuirán a la sostenibilidad y a la mejora de la comprensión del impacto total de la práctica de la Enfermería basada en la evidencia sobre la calidad de la atención sanitaria y los resultados de salud. La designación de BPSO de RNAO ha creado una plataforma de metodologías innovadoras de evaluación para medir el impacto de los cuidados de Enfermería basados en la evidencia (Lloyd, Xiao,

Albornos-Munoz, González-María, & Joyce, 2013) y NQuIRE es el sistema de datos para lograrlo.

REFLEXIÓN

¿Por qué es importante tener medidas que demuestren el impacto de la práctica de la Enfermería basada en la evidencia?

A medida que la población mundial crece, migra y envejece, los sistemas sanitarios necesitan transformarse audazmente para satisfacer mejor las necesidades sanitarias de la población. Los gobiernos y las autoridades de planificación están deseosos de difundir, ampliar las estrategias probadas de mejora de la calidad, como las Guías de Buenas Prácticas de RNAO, basadas en la evidencia, y el modelo BPSO.

HISTORIA Y PROPÓSITO DE NQUIRE

NQuIRE, el innovador sistema internacional de datos de RNAO, fue lanzado en agosto de 2012 para que los BPSO monitorizaran el rendimiento de la implantación de las Guías de RNAO y evaluaran su impacto en la práctica de Enfermería, los pacientes, las organizaciones y los resultados del sistema de salud. La evidencia muestra que las Guías reducen la variación en la atención, transfieren la evidencia de la investigación a la práctica, ayudan a identificar las brechas de conocimiento, ayudan en la toma de decisiones clínicas, rediseñan los procesos organizacionales, mejoran el rendimiento organizacional y del sistema y reducen el costo de la atención. NQuIRE tiene una interfaz de usuario basada en la web y un sistema de almacenamiento de bases de datos que sirve para recopilar, analizar e informar a los BPSO sobre los datos comparativos de los indicadores que reflejan la estructura, el proceso y los resultados de la atención resultante de la implantación de la Guía. De 2012 a 2014, NQuIRE fue una opción voluntaria para los BPSO. En 2014, NQuIRE se convirtió en un requisito obligatorio para los BPSO para promover la evaluación de la mejora de la calidad de la Enfermería y el avance de los conocimientos de Enfermería a través de la implantación de Guías.

REFLEXIÓN

¿Está familiarizado con otros repositorios de datos que demuestran el impacto y el valor de la atención de Enfermería basada en la evidencia, como NQuIRE?

Los indicadores NQuIRE han sido desarrollados para las Guías Clínicas basadas en la práctica, la formación y las recomendaciones para la organización y las políticas para demostrar cómo la práctica de la Enfermería basada en la evidencia mejora los resultados de salud y transforma la atención sanitaria. Cuando el BPSO elige la Guía para su implantación, también elige los indicadores específicos para cada Guía. Los BPSO asumen la importancia de evaluar la aceptación y el impacto de sus esfuerzos de implantación basados en la evidencia y demostrar el valor de los cambios en la práctica de Enfermería y la mejora de los resultados. A medida que el sistema de datos se expande, NQuIRE continuará teniendo un impacto en la práctica, la gestión y las decisiones políticas, la formación y la investigación del sistema de salud.

EL MODELO DE DONABEDIAN DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADOS E INDICADORES DE NQUIRE

La evaluación de la contribución de las enfermeras a la mejora de la salud y la atención sanitaria utilizando las Guías basadas en la evidencia se basa en un marco de evaluación teórica bien establecido. La arquitectura de NQuIRE se basa en el modelo de Donabedian, que categoriza los atributos estructurales de los entornos en los que ocurre la atención, los procesos de atención y los resultados deseados (Donabedian, 1966, 1988,

2005). Las tres dimensiones incluyen: estructura (por ejemplo, estructuras organizativas, recursos humanos y recursos materiales), proceso (por ejemplo, evaluación, intervenciones y formación) y resultados (por ejemplo, paciente o residente; proveedor de atención sanitaria y organización). El modelo estructura-proceso-resultado se ha utilizado para evaluar una amplia gama de iniciativas de mejora de la calidad, incluyendo el desarrollo y la clasificación de indicadores sensibles a la Enfermería. Los indicadores sensibles a la Enfermería están "basados en el alcance y el dominio de la práctica de la Enfermería, y para los cuales existe evidencia empírica que vincula los datos de la Enfermería y las intervenciones con el resultado" (Doran, 2003, p. vii). El modelo estructura-proceso-resultado puede aplicarse a una amplia gama de proyectos de mejora de la calidad, por ejemplo:

- Introducción de vías de recuperación mejoradas para la cirugía colorrectal electiva (Moonesinghe et al., 2017).
- Demostración del valor de los equipos dirigidos por enfermeras en los departamentos de emergencia diseñados para atender las necesidades de las personas mayores frágiles que viven en comunidad y en los centros residenciales de atención a la tercera edad (Marsden et al., 2017).
- Demonstración del valor de las intervenciones de Enfermería de práctica avanzada en Suiza (Bryant-Lukosius et al., 2016).
- Implantación de intervenciones de Enfermería basada en la evidencia en una unidad de cuidados intensivos neonatales en China (Chen et al., 2016).
- Mejora de los procedimientos quirúrgicos (Ingraham, Richards, Hall y Ko, 2010).
- Mejora de las estructuras y los procesos de atención traumatológica (Moore, Lavoie, Bourgeois y Lapointe, 2015).

Kelley y Hurst (2006) utilizan las dimensiones del modelo estructura-proceso-resultado en un marco conceptual para el proyecto de indicadores de calidad de la atención de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). La OCDE ha demostrado recientemente el impacto económico del éxito o el fracaso de las intervenciones de seguridad del paciente en un contexto de mejora de la seguridad del paciente (Slawomirski, Auraaen y Klazinga, 2017). Las 5 décadas de literatura que demuestra la aplicabilidad del modelo estructura-proceso-resultado, ha sido un marco organizativo efectivo para el sistema de datos NQuIRE para ayudar a los BPSO a evaluar sus datos estructurales y el impacto de sus esfuerzos de implantación en los resultados.

TAXONOMÍA DE LAS MEDIDAS DE CALIDAD

El sistema de datos NQuIRE recopila indicadores estructurales, así como indicadores de proceso sensibles a la Enfermería e indicadores de resultados derivados de las recomendaciones prácticas de las Guías de RNAO. Se han desarrollado diccionarios de datos para 20 Guías Clínicas de las 53 Guías de RNAO. Cada diccionario de datos consta de los enlaces a las recomendaciones prácticas específicas de cada Guía, la justificación para la creación del indicador, la definición operativa, los numeradores y denominadores, la población objetivo, la frecuencia de la recopilación de datos y una lista de fuentes de datos comparables. Cada diccionario de datos tiene un promedio de cuatro a ocho indicadores de proceso y de resultados, para un total de 140 indicadores NQuIRE.

INDICADORES ESTRUCTURALES

Dentro de NQuIRE, los indicadores estructurales representan medidas organizativas que no son específicas de la Guía. Los indicadores estructurales capturan la dotación de personal y otras características de los recursos humanos del sitio de implantación de BPSO. Las seis medidas de NQuIRE incluyen: el número de

horas de Enfermería por día del paciente o visita del paciente, combinación de competencias de Enfermería, incluyendo las horas trabajadas y las horas trabajadas por agencia o compradas, las tasas de ausentismo y rotación de enfermeras (según lo estudiado por Nantsupawat et al., 2017), el tipo de formación recibida y el modelo de prestación de atención.

INDICADORES DE PROCESO

Los indicadores de proceso capturan la atención de Enfermería proporcionada a los pacientes, como las evaluaciones e intervenciones recomendadas en una guía específica. La codificación de los indicadores de proceso para el sistema de datos NQuIRE generalmente sigue los pasos del proceso de Enfermería: evaluación, planificación, implantación o intervención y evaluación. Usualmente, un orden numérico (pro01, pro02, etc.) sigue los pasos del proceso de Enfermería. Por ejemplo, falls_pro01 es una evaluación del riesgo de caídas para nuevos ingresos y falls_pro02 es una evaluación del riesgo de caídas después de una caída.

INDICADORES DE RESULTADOS

Los indicadores de resultados recogen los efectos de la atención de Enfermería sobre el estado de salud del paciente o su nivel de satisfacción con la atención de Enfermería. Por lo tanto, es fundamental garantizar que los cambios planificados en los procesos de atención sean "validados demostrando su relación con los resultados deseables" (Maguncia, 2003, p. 527). Para entender plenamente los resultados como medidas de mejora de la calidad, se deben tener en cuenta los indicadores estructurales relacionados con la organización y/o el sector, así como las variables específicas del paciente. La calidad de los datos debe ser tratada para asegurar que lo que medimos es válido y fiable. El marco de trabajo de calidad de datos de NQuIRE se discute más adelante en este capítulo.

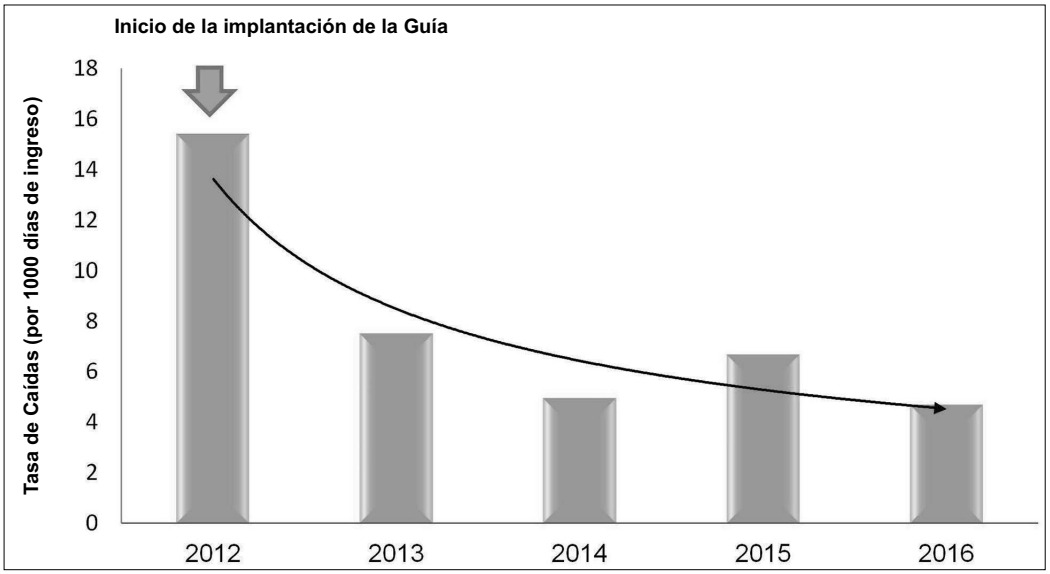


FIGURA 16.2 Tasa promedio de caídas (falls_out01) para el BPSO del Hospital de Ontario.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados. Usado con permiso.

Dado que transcurren largos periodos de tiempo antes de que se manifieste un resultado deseado en sectores específicos como la salud pública, es esencial implantar intervenciones basadas en la práctica que hayan demostrado su efecto en la revisión sistemática. Los indicadores de resultados se derivan de las

recomendaciones para la práctica de las Guías y de las declaraciones de propósito que identifican los resultados deseados y también siguen un orden numérico. Por ejemplo, falls_out01 es para la tasa promedio de caídas y falls_out02 es la tasa de lesiones después de una caída.

REFLEXIÓN

Usando el modelo estructura-proceso-resultado de Donabedian, ¿puede identificar los indicadores que están siendo medidos o que deberían ser medidos dentro de su práctica clínica?

La Figura 16.2 muestra una disminución del 70% (15,4 a 4,7) en el indicador de resultado de NQuIRE, tasa de caídas por cada 1.000 días de paciente, tras la implantación de la Guía de RNAO *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (2011) en un hospital BPSO. Los procesos de atención de Enfermería se modificaron en 2012 en base a las recomendaciones de la Guía, y los resultados que se deseaban se han mantenido durante 4 años.

FRECUENCIA DE RECOGIDA DE DATOS

Los BPSO recopilan los datos de los indicadores de manera mensual, trimestral o anual, dependiendo del tipo de indicador y del nivel de utilización y/o estabilidad del mismo. Por ejemplo, los datos sobre la evaluación inicial de los nuevos pacientes con lesiones por presión en el momento del ingreso se recopilan mensualmente, mientras que el número de visitas formativas sobre la prevención de la obesidad infantil a una escuela por parte de la enfermera de salud pública se recopilan trimestralmente, y los datos sobre la tasa de rotación de enfermeras (indicador estructural) se recopilan anualmente. La siguiente sección proporciona una visión general del proceso de desarrollo de indicadores NQuIRE y los perfeccionamientos planeados para alinearse con el proceso de desarrollo de Guías y responder a la retroalimentación de BPSO basada en sus experiencias vividas con NQuIRE.

PROCESO DE DESARROLLO DE INDICADORES DE NQUIRE

El personal del centro de Asuntos Internacionales y Guías de Buenas Prácticas (IABPG, por sus siglas en inglés) trabaja junto con los BPSO a lo largo de todas las fases (incluyendo el desarrollo, la implantación y la evaluación) para desarrollar indicadores. En 2012, el proceso de desarrollo de indicadores se estableció sobre la base de los pasos identificados en una revisión sistemática de 48 artículos (Kotter, Blozik y Scherer, 2012). Como sistema internacional de datos, se examinaron los enfoques utilizados para la elaboración de indicadores por las principales organizaciones nacionales e internacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incorpora un comité asesor y pruebas estadísticas de los indicadores durante su fase de prueba para mejorar las comparaciones interjurisdiccionales (von Schirnding, 2002). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) mantiene y revisa continuamente y perfecciona los indicadores (Kelley & Hurst, 2006).

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades usan exclusivamente modelos lógicos para entender la relación entre las metas, actividades, productos y resultados previstos del programa y una explicación de los datos de referencia (CDC, 2007). El Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia (NICE, por sus siglas en inglés) integra los resultados de priorización de un comité asesor y prueba los indicadores priorizados en su proceso (NICE, 2014).

Entre las agencias canadienses, la Herramienta de Evaluación Inter-Residente (inter-RAI) integra ritmos y protocolos de evaluación clínica en el proceso de desarrollo de indicadores (interRAI, 2017). La Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC, 2012) utiliza grupos focales y análisis de contenido de los datos

recolectados de los participantes de la encuesta. Health Quality Ontario (HQO), una agencia asesora del Gobierno de Ontario (Canadá) introdujo recientemente un proceso Delphi modificado en su proceso para crear consenso sobre los indicadores clave para la presentación de informes públicos (HQO, 2016). RNAO utiliza un proceso Delphi modificado para crear consenso sobre las recomendaciones de las Guías, y estos hallazgos conducen a discusiones sólidas entre los miembros del panel de expertos de las Guías sobre las posibles medidas de evaluación.

El proceso inicial de desarrollo de indicadores NQuIRE (2012 a 2016) supuso un proceso de cinco pasos que incluye: 1) selección de guías; 2) extracción de recomendaciones; 3) selección de indicadores de calidad; 4) prueba práctica y validación; y 5) implantación (ver Figura 16.3). Como se ha indicado anteriormente, se han desarrollado 20 diccionarios de datos para 20 Guías Clínicas para un total de 140 indicadores. Los BPSO reciben formación y capacitación sobre los diccionarios de datos y participan en un debate con el equipo del Centro IAGBP, incluido su coach del BPSO, para seleccionar los indicadores NQuIRE que aborden las brechas en la práctica y capten el impacto de sus esfuerzos de implantación para cada una de las Guías.



FIGURA 16.3 Proceso de desarrollo de indicadores de RNAO (establecido en 2012).
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados. Usado con permiso.

Aquí se resumen los pasos del proceso de desarrollo de indicadores de RNAO:

1. **Selección de guías:** se desarrollan indicadores para las Guías Clínicas que se centran en las prioridades del sistema de salud, que se utilizan con mayor frecuencia o que son solicitadas por los BPSO.
2. **Extracción de recomendaciones**: se revisan las recomendaciones para la práctica, las medidas potenciales identificadas en el cuadro de evaluación y seguimiento de la Guía y los conjuntos de normas enfermeras de RNAO (si procede) para extraer o identificar posibles medidas para el desarrollo de indicadores. Los conjuntos de normas enfermeras son claras, concisas y prácticas declaraciones de intervención basadas en la evidencia, derivadas de las recomendaciones del proceso de la Guía, que pueden integrarse fácilmente en el sistema electrónico de información sanitaria de una organización (ver el Capítulo 5). Se consideran varios criterios al desarrollar los indicadores, como la solidez de la evidencia de apoyo, el impacto en los resultados del paciente o la factibilidad de medir y monitorizar. También se examinan detenidamente las recomendaciones para la práctica que tienen importantes repercusiones en materia de políticas y/o costos asociados.

3. **Selección y desarrollo de indicadores de calidad**: para las nuevas Guías (temas nuevos) o las Guías de la próxima edición (suplementos con una revisión de la literatura o ediciones subsiguientes con revisiones sistemáticas actualizadas), los indicadores se identifican utilizando varias bibliotecas de datos de información de salud establecidas o repositorios de medidas de calidad, como el Conjunto de Datos Mínimos del Instrumento de Evaluación de Residentes (RAI) de Accreditation Canada, el Instituto Canadiense de Información de Salud, Health Quality Ontario y la Joint Commission. Para cada edición siguiente de la Guía con una revisión sistemática actualizada, se revisan los indicadores NQuIRE anteriores para su posible alineación con las recomendaciones para la práctica actualizadas y/o nuevas. Lo que es más importante, las definiciones de los indicadores se ajustan a los datos administrativos disponibles y a las medidas de rendimiento existentes siempre que sea posible, siguiendo el principio de "recopilar una vez, utilizar muchas veces". Al complementar otros sistemas de medición de rendimiento establecido y emergente, NQuIRE se esfuerza por aprovechar la fiabilidad y validez de las medidas, minimizar la carga de la presentación de informes y alinear las medidas de evaluación para permitir los análisis comparativos.
4. **Prueba y validación de la práctica**: el equipo del IAGBP, liderado por el equipo de evaluación y supervisión, lleva a cabo la validación interna de la validez del diseño y la validez del contenido. La validación externa de la validez del contenido y la viabilidad de la recopilación de datos la llevan a cabo los BPSO. Este proceso implica la revisión de cada borrador de diccionario de datos para la nueva o próxima edición de la Guía a través de una herramienta de encuesta. Los BPSO internacionales se incluyen en la validación externa para comprender mejor las implicaciones de los indicadores en un contexto global. Por ejemplo, nuestro BPSO Host en España (Investén-isciii), que supervisa a unas 80 organizaciones de servicios e instituciones académicas de todo el país, realizó una revisión experta para seleccionar los indicadores NQuIRE para la Guía, *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético*, 2ª Edición (RNAO, 2013).

   Como la mayoría de los BPSO representan el sector de la atención hospitalaria, y la mayoría de los indicadores sensibles a la Enfermería miden la atención de Enfermería en los hospitales (Heslop & Lu, 2014), el equipo del IAGBP hace un esfuerzo conjunto para trabajar en estrecha colaboración con los BPSO de otros sectores (por ejemplo, atención domiciliaria, atención a largo plazo, salud pública y atención primaria) para validar los indicadores NQuIRE específicos del sector. Por ejemplo, los indicadores *falls_pro05* (tasa de contención física diaria) y *falls_out02* (tasa de lesiones tras una caída) se desarrollaron tanto para el sector de los cuidados a largo plazo, como para alinearse con los requisitos de notificación obligatoria de los centros de cuidados a largo plazo.
5. **Implantación**: los diccionarios de datos se publican en el sitio web de NQuIRE. El departamento de Gestión de Información y Tecnología de RNAO y el equipo de evaluación y supervisión crean formularios web NQuIRE y hojas de cálculo Excel de importación de datos para la recolección de datos. Se informa a los BPSO sobre los nuevos indicadores en los diccionarios de datos nuevos o revisados. Los BPSO proporcionan retroalimentación continua con respecto a la validez, factibilidad de la recolección de datos, utilización de los informes automatizados de NQuIRE y recomendaciones para cualquier perfeccionamiento futuro.



Piense en un tema clínico que le apasione y, utilizando el proceso de desarrollo de indicadores NQuIRE, identifique tres indicadores de proceso ideales que podrían recoger las intervenciones de Enfermería

EVOLUCIÓN INTENCIONADA DE NQUIRE

Como se describe en el Capítulo 1, el Programa de Guías de RNAO se involucra en una *evolución intencionada* para reflejar continuamente la ciencia actual y responder a las necesidades en el campo.

Las Guías se actualizan cada 5 años, momento en el que también se revisan los indicadores NQuIRE para las recomendaciones nuevas o actualizadas. Es importante señalar que, si la siguiente edición de la Guía tiene una recomendación STOP (recomendación que debe dejar de aplicarse), cualquier indicador relacionado con esa recomendación STOP se eliminará o se revisará en NQuIRE y en el diccionario de datos. Durante la revisión de cada edición nueva de la Guía, la decisión de eliminar o revisar los indicadores NQuIRE existentes se basa en los siguientes criterios:

- El indicador no está bien definido y no puede definirse ni clarificarse en base a la recomendación de la Guía.
- El indicador ya no es relevante para la práctica de la Enfermería ni para los resultados generales de los pacientes.
- El indicador no permite realizar comparaciones útiles.
- El indicador no está respaldado por la revisión sistemática y los resúmenes de evidencia.
- El indicador no es pertinente ni coherente, basándose en una retroalimentación suficiente por parte de los BPSO.

INDICADORES DE NQUIRE: PERFECCIONAMIENTO

A medida que la metodología de desarrollo de las guías de RNAO evoluciona para valorar la fuerza de las recomendaciones utilizando la Clasificación de la Evaluación de las Recomendaciones, Desarrollo y Evaluación (GRADE, por sus siglas en inglés), el proceso de desarrollo de indicadores se va perfeccionando en consecuencia. Como se discutió en el Capítulo 2, GRADE implica un enfoque en la identificación de resultados antes de la revisión sistemática, que se basa en las preguntas de la investigación y afecta al proceso de desarrollo de indicadores.

El proceso perfeccionado de desarrollo de indicadores NQuIRE mantendrá los cinco pasos principales establecidos con la adición de un sexto paso que se centra en la realización de las evaluaciones de la calidad de los datos y la evaluación continua para crear un ciclo continuo (ver la Figura 16.4). Dentro del ciclo de desarrollo del indicador NQuIRE perfeccionado, los cambios incluyen:

- Identificar las medidas de evaluación a partir de los perfiles de evidencia basados en la revisión sistemática (realizada por el equipo de desarrollo de las Guías).
- Aplicar algoritmos esquemáticos para ayudar a la toma de decisiones con respecto a los indicadores potenciales.
- Hacer esfuerzos concertados para alinear consistentemente los indicadores nuevos o revisados con otras medidas comunicadas públicamente que se alinean con el propósito, alcance y/o declaraciones de recomendaciones de las Guías.
- Aplicar y probar el nuevo marco organizativo para categorizar los indicadores básicos, novedosos y específicos del sector (ver la Figura 16.5).
- Enriquecer la participación actual de los BPSO en la fase de prueba a través de un proceso de Delphi modificado, formalizado y estructurado para la creación de consenso durante la validación externa.

"Si le pedimos a la gente que haga más trabajo para la recolección de datos, necesitamos ser estratégicos sobre lo que preguntamos y cómo los apoyamos para que se haga".

–Sara Leblond, M.Sc.N., RN, IIWCC
Colíder del BPSO Montfort Hospital, Ontario
BPSO Directo

- Introducir nuevas pruebas estadísticas para medir el grado de consenso (o concordancia) entre los revisores de los proyectos de indicadores, así como otras pruebas psicométricas como la fiabilidad (Chen et al., 2016).
- Realizar evaluaciones anuales de la calidad de los datos para comunicar las revisiones de los indicadores e identificar la frecuencia con que los BPSO utilizan los indicadores y la solidez del conjunto de datos de los indicadores.
- Crear una lista de verificación para cada indicador con el fin de estandarizar la recolección de datos para los elementos de datos identificados en los diccionarios de datos.
- Evaluar los indicadores mediante la realización de pruebas periódicas por parte de los BPSO después de la implantación para compararlos con la línea de base y determinar si son necesarias más modificaciones.



FIGURA 16.4 Ciclo de desarrollo de los indicadores NQuIRE (efectivo en 2017).
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados. Usado con permiso.

A medida que RNAO evolucione en el proceso de desarrollo de los indicadores NQuIRE, se espera que la carga de la presentación de informes disminuya y que los indicadores básicos, nuevos o novedosos sean más específicos para el establecimiento de prácticas y el sector. Las definiciones de los indicadores se ajustarán aún más a los datos administrativos disponibles y a las medidas de rendimiento del personal de otros repositorios de datos, siempre que sea posible, para respetar el principio de "recopilar una vez, utilizar muchas veces". Los BPSO de todo el mundo tienen acceso al sistema de datos único internacional de NQuIRE para evaluar la aceptación y el impacto de las Guías Clínicas y de entornos laborales saludables basadas en la evidencia en la práctica de Enfermería y en los resultados de salud. Esto ha sido posible gracias a un sentido colectivo de propiedad del Programa de BPSO y NQuIRE y a un intenso deseo de marcar la diferencia que ha llevado a una poderosa colaboración de los BPSO a nivel mundial. Como se describe en el Capítulo 1,

existe una identidad colectiva sobre los BPSO y sobre NQuIRE, juntos damos forma al programa y compartimos nuestros resultados con el mundo.

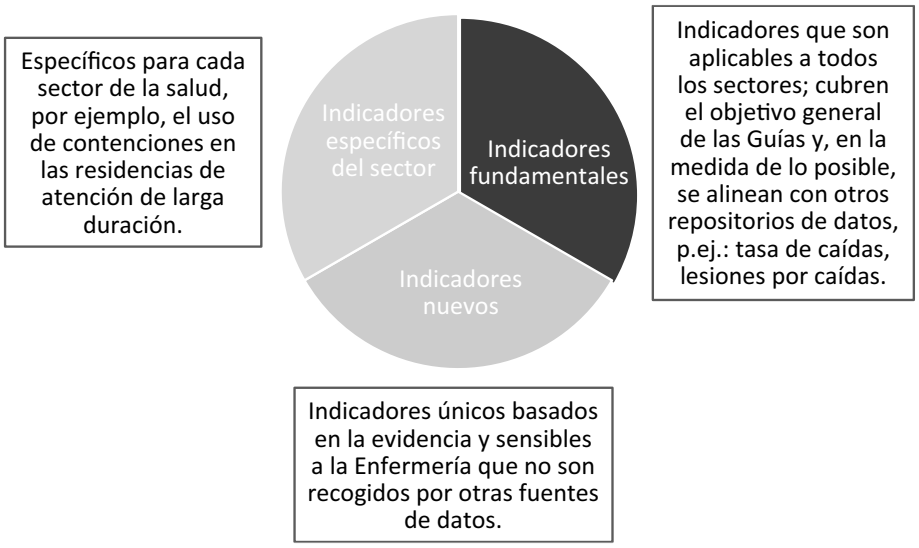


FIGURA 16.5 Categorización de los indicadores NQuIRE.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados. Usado con permiso.

INDICADORES ACADÉMICOS

El campo de los indicadores académicos y sus pruebas se encuentran en una fase temprana de desarrollo. RNAO y sus BPSO académicos son pioneros en el descubrimiento de esta área. Juntos, tenemos iniciativas piloto en marcha para desarrollar y probar indicadores académicos para los BPSO académicos participantes (ver Capítulo 9).

NQUIRE DEL CONSEJO ASESOR INTERNACIONAL

En 2013, RNAO estableció el Consejo Asesor Internacional (IAC, por sus siglas en inglés) de NQuIRE para proporcionar asesoramiento estratégico sobre el marco teórico que sustenta el uso de indicadores en la investigación y la evaluación. El IAC asesora sobre los procesos de control de calidad en curso y el uso estratégico de los datos de NQuIRE para comunicar las iniciativas de investigación y las deliberaciones sobre prácticas, formación, gestión y políticas a nivel local, nacional e internacional. Este consejo asesor también recomienda estrategias para el análisis de la información, incluyendo la evaluación comparativa, la presentación de informes comparativos y la triangulación de datos.

El consejo se reúne dos veces al año para discutir abiertamente mientras RNAO continúa haciendo progresos en el campo de la Enfermería para tener un impacto en los resultados de la salud. Parte de las recomendaciones del IAC ha sido alinear los indicadores con los indicadores nacionales e internacionales de información pública para reducir la carga de presentación de informes de los BPSO, manteniendo al mismo tiempo los resultados generales deseados de los BPSO. El IAC ha sido una fuente de asesoramiento experto en direcciones de alto nivel y en temas específicos como el marco de calidad de datos NQuIRE, como se discute en la siguiente sección.

"He visto el Programa de Guías desde su inicio y he visto el asombroso impacto de los BPSO en todo el mundo. Con NQuIRE tenemos la oportunidad real de demostrar de una vez por todas que la práctica de la Enfermería basada en la evidencia sirve para optimizar los resultados para los pacientes y las organizaciones de salud. Como ya se ha mostrado en varios capítulos de este libro, NQuIRE nos permitirá cada vez más establecer las conexiones necesarias entre la práctica basada en la evidencia y las políticas basadas en la evidencia, un eslabón esencial para garantizar la plena contribución de las enfermeras a la salud y la asistencia sanitaria de las personas".

–Judith Shamian, PhD, MPH, BA, RN, D.Sc(hon), LLD(hon), FAAN
Presidenta fundadora de NQuIRE
Expresidenta del ICN

SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE NQUIRE

Los requisitos de gestión de datos de RNAO se ponen en práctica mediante la política de gestión de datos de RNAO y los comités conexos que representan a todos los departamentos. La Evaluación del Impacto en la Privacidad proporciona documentación sobre las obligaciones legales de RNAO en términos de la legislación sobre privacidad, que incluye la *Ley de Protección de Información Personal y Documentos Electrónicos de Ontario del 2000* y la *Ley de Protección de la Información de Salud de las Personas, de 2004*. RNAO, a través de NQuIRE, solo recopila datos agregados sin identificar de los BPSO a nivel de unidad, y no información personal de salud. La evaluación del riesgo de amenaza detalla las responsabilidades legales de RNAO ante los BPSO en caso de violación de datos y proporciona pruebas de que RNAO ha asegurado el sistema de datos NQuIRE en múltiples niveles (datos, servidor, aplicación y red) frente a dicha violación (ver la Figura 16.6).

La capa más interna detalla la seguridad de los datos NQuIRE. El sistema de datos NQuIRE incluye la interfaz basada en la web, donde los BPSO envían los datos y acceden a sus informes, y la base de datos NQuIRE, que contiene los datos NQuIRE enviados por los BPSO. Todos los datos están encriptados en nuestra base de datos segura y la clave de encriptación está fuera de la base de datos y del directorio raíz de la web. Los conjuntos de datos NQuIRE son subconjuntos de los datos alojados en la base de datos NQuIRE (por ejemplo, datos sobre caídas para un BPSO específico).

La segunda capa describe la seguridad de la aplicación NQuIRE. El sistema de datos basado en la web tiene un control de acceso basado en roles. Hay dos roles para los usuarios de BPSO: un rol de Líder del BPSO y un rol de sitio de implantación. Estas funciones se asignan automáticamente y la asignación depende de la invitación inicial a NQuIRE. Los datos se almacenan en la base de datos con acceso limitado por la aplicación a personal específico de RNAO con un nombre de usuario y contraseña únicos. El acceso a la aplicación se registra y se realiza un seguimiento a través de direcciones IP. El acceso al servidor y al sitio está limitado al personal autorizado del departamento de Gestión y Tecnología de la Información de RNAO y al personal específico del Centro IAGBP.

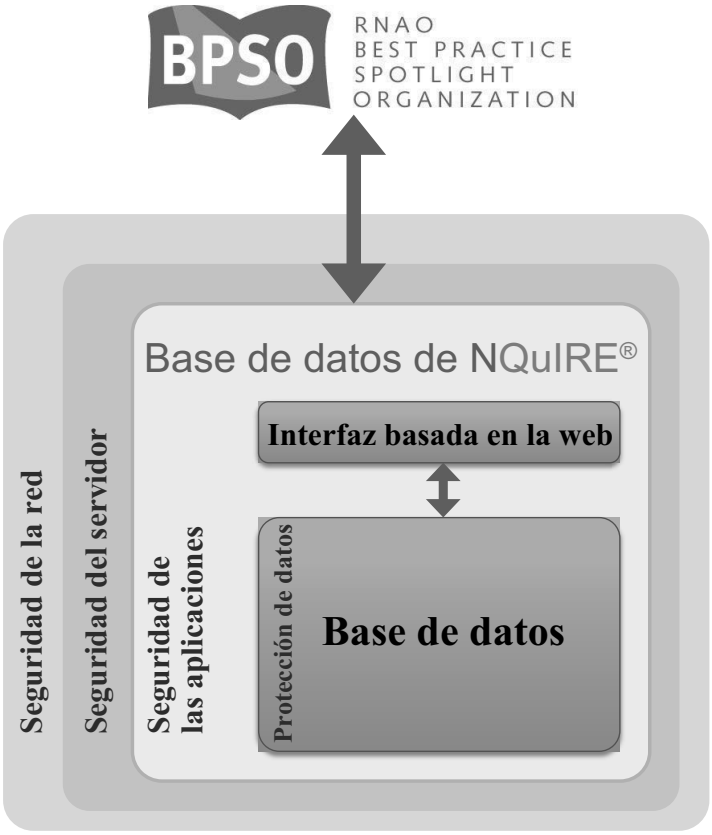


FIGURA 16.6 Seguridad multicapa de NQuIRE.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados. Usado con permiso.

La aplicación NQuIRE se ha desarrollado utilizando un software de código abierto que permite muchas características de integridad y seguridad de datos para su base de datos. La aplicación NQuIRE cifra los datos enviados por el usuario antes de almacenarlos en la base de datos NQuIRE. La tercera capa incluye la seguridad del servidor. Todos los datos se almacenan íntegramente en servidores propios y controlados por RNAO. El servidor está alojado en la oficina central de RNAO y físicamente el servidor está restringido al personal del departamento de Gestión y Tecnología de la Información. El edificio de RNAO tiene acceso electrónico de seguridad y se requiere una entrada electrónica adicional para que el personal del departamento tenga acceso a una sala de servidores cerrada con llave en la oficina central de RNAO.

La cuarta capa, la más exterior, describe la seguridad de las redes RNAO. Las redes se supervisan regularmente por el personal de departamento de Gestión y Tecnología de la Información, asegurando que no haya acceso no autorizado a la red o a cualquier servidor o aplicación. Esta seguridad multicapa garantiza que los datos NQuIRE estén protegidos en cada capa. Las prácticas de privacidad y seguridad de los datos de NQuIRE se han establecido a través de los procesos de gestión del departamento de Gestión y Tecnología de la Información de RNAO y de la gestión de datos específica de NQuIRE (es decir, el Acuerdo de Uso de Datos NQuIRE). Este enfoque multicapa de la seguridad y la privacidad de los datos, combinado con el marco de calidad de datos NQuIRE que se describe a continuación, es fundamental para la gestión global de los datos.

REFLEXIÓN

Enumere tres riesgos potenciales para la seguridad y privacidad de los datos.

MARCO DE CALIDAD DE DATOS NQUIRE

El marco de calidad de datos NQuIRE fue desarrollado para apoyar evaluaciones integrales de calidad de datos. Esto requería una comprensión profunda del sistema de datos, incluyendo lo que los datos representan y su uso. Los datos representan características seleccionadas de un fenómeno (es decir, eventos, conceptos y objetos) y su interpretación. Específicamente, los elementos de los datos deben interpretarse dentro del contexto de su creación, que determina la "aptitud para el uso" (Sebastian-Coleman, 2012; Wang & Strong, 1996). Para NQuIRE el contexto es RNAO, liderado por el equipo de Evaluación y Supervisión del IAGBP, y los BPSO comprueban la idoneidad para su uso durante la implantación de las Guías. Los datos constituyen un activo organizacional y la apreciación de su valor proporciona una dirección para reducir los riesgos asociados con los datos erróneos (Loshin, 2011). En esencia, NQuIRE debe incorporar enfoques que apoyen datos de alta calidad para demostrar el impacto y el valor de la implantación de las Guías.

En los sistemas sanitarios de todo el mundo, la calidad de los datos se ve afectada por el estado de los sistemas de documentación, que van desde la documentación en papel hasta los sistemas híbridos y la documentación totalmente electrónica. La calidad de los datos comienza con la fuente, por lo que es fundamental identificar y mitigar los riesgos de la recopilación de datos erróneos (Strome, 2013). La falta de normas de documentación, los registros duplicados dentro de las organizaciones y entre ellas, los diferentes funcionarios que recopilan e introducen datos y las herramientas anticuadas de recopilación de datos son factores comunes que afectan a la calidad de los datos. Según Loeb (2004), la recopilación de datos también se ve obstaculizada por:

- Organizaciones que no quieren o no pueden cambiar los procesos de recopilación de datos existentes.
- Requisitos y definiciones ambiguas de los datos.
- Desafíos con la disponibilidad de datos.
- Ausencia de realización de auditorías internas, externas o independientes de los datos.
- Variación en la recopilación y gestión de datos dentro de las organizaciones y entre ellas.
- Falta de apoyo para quienes recopilan datos de los desarrolladores de bases de datos.

A pesar de estos desafíos, los datos de salud son críticos para la prestación de servicios y se utilizan para las tres categorías de medición del rendimiento (Solberg, Mosser y McDonald, 1997): mejora de la calidad (por ejemplo, identificación de problemas en la práctica, evaluación de cambios en la práctica), rendición de cuentas (por ejemplo, requisitos de presentación de informes, acreditación) e investigación (por ejemplo, estudios observacionales, estudios de casos).

Tanto los sistemas sanitarios de aprendizaje como los programas de investigación de efectividad comparativa utilizan datos de salud secundarios de los sistemas de información de salud para aplicar la evidencia (es decir, resultados a nivel del paciente, de la práctica y de la población) en la toma de decisiones sobre la atención de la salud y en la mejora de la calidad y para generar nuevos conocimientos (Institute of Medicine[IOM], 2007; Lopez, Holve, Sarkar, & Segal, 2012; Safran et al., 2007). Ambos utilizan los sistemas de información administrativa y de salud existentes dentro y a través de las organizaciones de salud para recopilar datos individuales o agregados. RNAO y los BPSO forman parte de los sistemas sanitarios de aprendizaje que utilizan datos agregados secundarios en NQuIRE para evaluar la implantación de las guías. A medida que los BPSO transforman la atención y mejoran los resultados, los datos de alta calidad son fundamentales para demostrar el impacto y el valor de los esfuerzos de implantación de las Guías (OIM, 2013; Kahn et al., 2015). El marco de calidad de datos de NQuIRE proporciona el plan para mejorar continuamente la calidad de los datos recibidos de los BPSO a nivel provincial, nacional e internacional. La siguiente sección resume cómo las perspectivas de BPSO y los repositorios de datos clínicos y de salud de otros marcos de calidad de datos influyeron en el desarrollo del marco de calidad de datos de RNAO.

RESPUESTA A LOS BPSO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS DATOS

Consistente con todos los aspectos del Programa de Guías y sus BPSO, el compromiso del usuario final es crítico para asegurar la aceptación, la sostenibilidad y la fidelidad del programa. En el caso de NQuIRE, los BPSO son los creadores, usuarios y administradores de datos. Por lo tanto, para mejorar la calidad de los datos, es importante que RNAO comprenda plenamente y dé cuenta de las percepciones, necesidades y experiencias de los BPSO en el uso de NQuIRE.

ENRIQUECER LA COMPRENSIÓN DE LAS PERCEPCIONES, NECESIDADES Y EXPERIENCIAS DE LOS BPSO CON NQUIRE

Se utilizó un enfoque integral e iterativo para aprovechar las experiencias de los BPSO con NQuIRE y para identificar los retos de calidad de datos y las posibles soluciones, lo que implicó un grupo focal, siete visitas in situ y dos visitas virtuales. Los participantes del grupo focal consistían en una muestra de los líderes de BPSO (n=5) que representaban a cinco sectores diferentes (es decir, sanidad pública, atención a largo plazo, atención hospitalaria, atención domiciliaria y atención primaria) dentro de Ontario. Los cinco líderes de BPSO informaron a NQuIRE durante más de 6 meses y tenían un conocimiento exhaustivo de todos los aspectos de la designación de BPSO. Se utilizó un cuestionario semiestructurado para guiar la discusión de los grupos focales sobre NQuIRE y los obstáculos para la calidad de los datos dentro de sus respectivas organizaciones. Se aplicó un análisis descriptivo interpretativo para identificar los temas preliminares sobre la base de la transcripción literal del grupo focal del BPSO.

Para entender y validar mejor los temas identificados, se realizaron siete visitas in situ y dos visitas virtuales con un subconjunto diferente de BPSO con los mismos criterios de inclusión: representaron uno de los cinco sectores, informaron a NQuIRE durante más de 6 meses y tuvieron un conocimiento exhaustivo del Programa de BPSO. Las dos visitas virtuales se llevaron a cabo con BPSO internacionales de Europa y Asia para garantizar la transferibilidad de los resultados en otros países. Para cada visita se utilizó un cuestionario estructurado para la recopilación de datos. Para asegurar la credibilidad, tres transcriptores individuales estuvieron presentes en cada visita y las transcripciones fueron comparadas y contrastadas para evaluar la consistencia y reducir el sesgo y las lagunas en la información.

"La carta del paciente es en papel, se guarda en casa y solo llega a la oficina cuando se le da de alta, momento en el que se extraen los datos manualmente para NQuIRE. Esta carga de información puede cambiar una vez que completemos la transición a una historia clínica electrónica".

–Sandra M. McKay, PhD
Líder de NQuIRE
VHA Home HealthCare, Ontario
BPSO Directo

Se llevó a cabo un análisis temático secundario y varios temas fueron similares a los desafíos de la recopilación de documentación y datos que se habían resumido anteriormente. Los siguientes son específicos de la calidad de los datos de NQuIRE para las Guías de RNAO:

- La finalidad y el alcance de la Guía pueden dar lugar a excepciones a los indicadores NQuIRE (por ejemplo, la Guía restringida a los adultos solo se adapta al contexto pediátrico y el indicador no incluye a la población pediátrica).
- Los indicadores NQuIRE deben representar mejor las necesidades de los países en desarrollo (por ejemplo, la intervención de caídas en la sanidad pública es significativamente diferente de la atención hospitalaria).

- La recolección de datos debe comenzar antes de la implantación de la Guía para demostrar su efecto.
- El ciclo de recolección de datos de los indicadores NQuIRE debe establecerse para seguir el ciclo de implantación para la sostenibilidad (por ejemplo, el indicador de evaluación de lesiones por presión se recolecta meses después de que se logre el estado estable y no se identifica la fecha de finalización de la recolección de datos).
- Se requiere formación estandarizada durante todo el periodo de predesignación para temas específicos: lanzamiento de NQuIRE, recopilación de datos, calidad de datos, análisis de datos y desarrollo de indicadores.
- Los documentos de apoyo de NQuIRE, como los diccionarios de datos, los materiales de formación y el glosario, deberían ser más sucintos y comprensibles para que los líderes de BPSO puedan apoyar y comunicar el propósito de NQuIRE.
- Los indicadores NQuIRE deberían alinearse mejor con las medidas de rendimiento existentes de otros repositorios de datos para reducir la carga de presentación de informes.

REVISIÓN COMPARATIVA DE LOS MARCOS DE CALIDAD DE DATOS

Se revisaron los marcos de calidad de datos de otros repositorios de datos clínicos y de salud para desarrollar el marco de RNAO (ver Tabla 16.1). El marco del Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI, por sus siglas en inglés) se basa en tres aportaciones: la literatura sobre calidad de datos, los principios de la Mejora Continua de la Calidad (CQI, por sus siglas en inglés) y los métodos y guías de Statistics Canada. El marco de trabajo de CIHI incluye cinco dimensiones de la calidad de los datos: precisión, relevancia, puntualidad, comparabilidad y usabilidad (CIHI, 2009). El Ministerio de Sanidad de Nueva Zelanda (NZMH, por sus siglas en inglés) desarrolló un marco que incluye las cinco dimensiones del CIHI y otra dimensión: seguridad y privacidad (Kerr, 2003; Kerr & Norris, 2004, 2007).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que alberga datos internacionales sobre salud y economía, desarrolló un marco que se superpone con tres dimensiones del CIHI y tiene cuatro dimensiones adicionales (credibilidad, accesibilidad, capacidad para ser interpretado y coherencia) y el factor de la rentabilidad (OCDE, 2012). El marco de calidad de datos de Australia Capital Territory (ACT) (ACT, 2013) tiene siete dimensiones, que incluyen tres dimensiones comunes a todos los marcos, se superponen con tres de las dimensiones de la OCDE e introduce un entorno institucional.

Aunque existen diferencias en las dimensiones entre los cuatro marcos estudiados, existen muchas similitudes y características que se superponen. Los cuatro marcos sirvieron de base para la conceptualización y el desarrollo del marco de calidad de datos NQuIRE en el contexto de las iniciativas del Centro IAGBP y los objetivos de la designación del BPSO y los resultados deseados relacionados con la implantación de las Guías. Dado que NQuIRE tiene un enfoque sólido de la seguridad y la privacidad dentro de la arquitectura del sistema de datos, RNAO seleccionó cinco dimensiones similares: relevancia, puntualidad, capacidad para ser interpretado, coherencia y entorno institucional. También introdujo una nueva dimensión, la integridad.

TABLA 16.1 COMPARACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LOS DATOS EN TODOS LOS MARCOS

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LOS DATOS	CIHI	NZMH	OECD	ACT	RNAO
Precisión	✓	✓	✓	✓	
Relevancia	✓	✓	✓	✓	✓
Puntualidad	✓	✓	✓	✓	✓
Comparabilidad	✓	✓			
Usabilidad	✓	✓			
Seguridad y privacidad		✓			
Credibilidad			✓		
Accesibilidad			✓	✓	
Capacidad para ser interpretado			✓	✓	✓
Coherencia			✓	✓	✓
Entorno institucional				✓	✓
Integrity					✓

EL MARCO DE CALIDAD DE DATOS

El marco de calidad de datos de NQuIRE se desarrolló para brindar apoyo a las evaluaciones integrales sobre la calidad de datos y asegurar un sistema de datos sólido que demostrase el impacto de la implantación de Guías en los BPSO.

CUATRO COMPONENTES DEL MARCO DE CALIDAD DE DATOS NQUIRE

El marco consta de cuatro componentes esenciales (ver Figura 16.7):

1. El BPSO es la fuente de datos donde se crean y utilizan los datos NQuIRE (núcleo).
2. El ciclo de desarrollo, implantación y evaluación de las Guías de RNAO tiene un impacto en la calidad de los datos durante las fases de predesignación y designación de BPSO (tres círculos internos).
3. Las características clave incluyen la cultura de la calidad de datos, la innovación y la integración, y la complejidad y la multiplicidad para respaldar los datos de alta calidad en NQuIRE (círculo externo).
4. Las seis dimensiones de la calidad de los datos: coherencia, relevancia, puntualidad, entorno institucional, integridad y capacidad para ser interpretado, garantizan que los datos NQuIRE cumplan los objetivos y expectativas de los usuarios, productores y administradores de los datos (espiral externa).

REFLEXIÓN

Basándose en las dimensiones de la calidad de datos, ¿qué dimensiones cree que son más importantes para obtener datos de alta calidad?

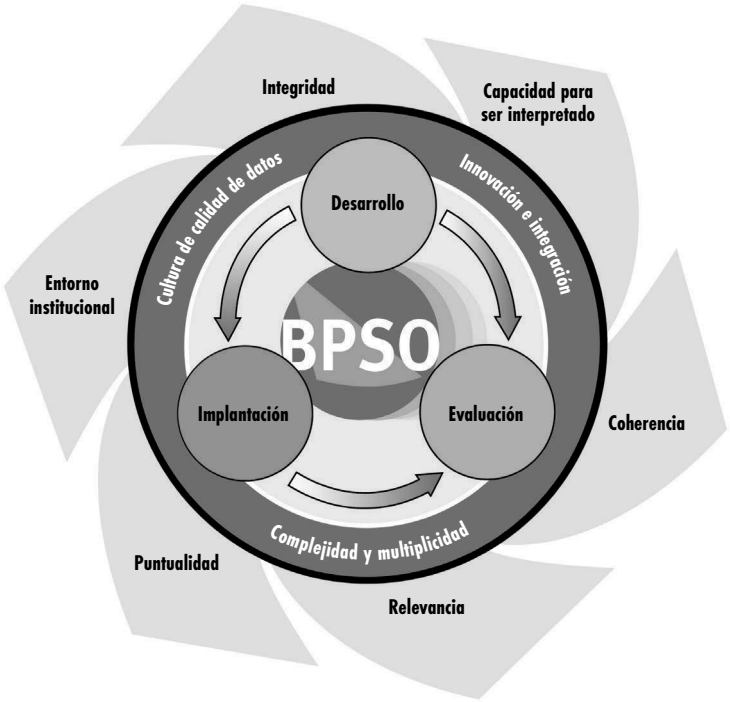


FIGURA 16.7 Marco de calidad de datos NQuIRE.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados. Usado con permiso.

Los cuatro componentes del marco se describen con más detalle en la siguiente sección.

RECOMENDACIONES SOBRE EL CONTEXTO Y LA CALIDAD DE LOS DATOS DEL BPSO

RNAO mantiene relaciones de colaboración con los BPSO locales, nacionales e internacionales, ya que todos trabajan juntos por el objetivo común de hablar en nombre de las enfermeras y de la sanidad, y de demostrar el impacto de sus esfuerzos de implantación de las Guías. Los BPSO analizan las brechas entre la práctica actual y las recomendaciones de las Guías e identifican los objetivos y resultados deseados antes de seleccionar los indicadores NQuIRE relevantes y determinar las fuentes de datos y los procesos de recopilación de datos. Dentro de cada sector (es decir, sanidad pública, atención primaria, atención hospitalaria, atención a largo plazo y atención domiciliaria), los BPSO consideran los mejores enfoques para optimizar los datos de sus sistemas de información sanitaria existentes. Los dos tipos de BPSO (clínico y académico) y los dos modelos BPSO (Directo y Host) tienen implicaciones para las que se recogen y comunican los datos. Al colocar a los BPSO en el centro de este marco, RNAO se compromete a involucrar activamente a los BPSO durante el ciclo de las Guías, desde el desarrollo hasta la implantación y la evaluación, para dar apoyo a datos de alta calidad en NQuIRE.

Para involucrar a los BPSO en la mejora de la calidad de los datos, el equipo de Evaluación y Supervisión del IAGBP organizó seis campamentos de formación NQuIRE presenciales (en otoño de 2016) con los BPSO locales y cinco campamentos de formación NQuIRE virtuales (en invierno de 2017) con los BPSO internacionales, con el fin de identificar colectivamente estrategias para fortalecer la participación de los BPSO en NQuIRE, incluyendo las necesidades de los diferentes entornos de práctica. El objetivo principal de los campamentos de formación fue proporcionar un foro de intercambio de conocimientos para que los BPSO desarrollasen una comprensión colectiva del valor de NQuIRE para la profesión de Enfermería y mejorasen la calidad de los datos en el sistema de datos NQuIRE. Los BPSO recomendaron el desarrollo y/o perfeccionamiento de indicadores sectoriales específicos, ya que muchos de los indicadores NQuIRE se

centran en la atención hospitalaria. Esta recomendación abordaría la variación en la atención de Enfermería y la prestación de servicios en diferentes ámbitos de la práctica y permitiría realizar comparaciones de "sectores similares" en el futuro. En la actualidad, la ausencia de algunos indicadores sectoriales específicos da lugar a excepciones y solicitudes de indicadores personalizados. La estratificación de los indicadores NQuIRE por sectores explica la necesidad de esta recomendación de los BPSO, ya que el sistema de datos dispone de datos sólidos para la atención hospitalaria (60%) y la atención de larga duración (20%) y datos emergentes para la atención domiciliaria (9%), la sanidad pública (8%) y la atención primaria (3%).

"Buen trabajo, especialmente con los países internacionales. El trabajo en red y el intercambio de conocimientos es excelente. Será muy interesante comparar los datos entre un país caribeño y un centro canadiense, similares en estructura y tamaño".

–Judy-Ann Henry, MScHA, CCRN, RN
BPSO Hospital Universitario Líder de West Indies, Jamaica
BPSO Directo

Las recomendaciones de los participantes en el campamento de formación para mejorar la calidad de los datos también se centraron en el entorno institucional y la puntualidad de la recopilación de datos, ya que la recopilación de datos mensual era más difícil que la trimestral, que se ajustaba a otros requisitos obligatorios de información. Los participantes recomendaron que los indicadores NQuIRE necesitaban más validación externa y pruebas prácticas durante el proceso de desarrollo de indicadores para determinar la relevancia y la coherencia con otros repositorios de datos. Los participantes destacaron la importancia de utilizar otras fuentes de datos, tanto cualitativas como cuantitativas, para mejorar la calidad de los datos y defender una evaluación sólida que demuestre los profundos impactos de la implantación de las Guías en los BPSO de todo el mundo. Por último, los participantes destacaron la importancia de definir el periodo de tiempo para la recopilación de datos de los indicadores de proceso que miden los cambios en los procesos de atención y recomendaron que se pusiera fin a la recopilación de datos de indicadores específicos cuando se ha mantenido un estado estable y se han alcanzado las metas durante la etapa de designación.

REFLEXIÓN

¿Por qué cree que es importante establecer un marco de calidad de datos para un gran sistema de datos como NQuIRE? ¿Ha participado alguna vez en una iniciativa de este tipo y, en caso afirmativo, qué aprendió?

EL CICLO DE LAS GUÍAS Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE LOS DATOS

Como se describe en el Capítulo 1, el Programa de Guías tiene tres pilares principales: el desarrollo, la implantación y la evaluación. Como se detalla en esta sección, cada uno de estos pilares influye en la calidad de los datos de NQuIRE.

Desarrollo de las Guías

Durante la fase de desarrollo de las Guías, el propósito, el alcance y los criterios de inclusión y exclusión constituyen la base de las preguntas de investigación que guían la revisión sistemática. Los resúmenes de la evidencia conducen al desarrollo de recomendaciones para la práctica que son factibles y medibles. Esto inicia la identificación temprana de los indicadores NQuIRE y la comparación con otros repositorios de datos a través del proceso de desarrollo de indicadores. Las recomendaciones para la práctica conducen a la identificación de los indicadores de proceso, mientras que los indicadores de resultados se derivan del propósito, el alcance y los resultados deseados, provienen de las Guías. Esta fase del ciclo de las Guías es crítica para sentar las bases de la calidad de los datos.

Los BPSO reconocen la importancia de evaluar las intervenciones de Enfermería basadas en la evidencia y las iniciativas de mejora de la calidad dirigidas por enfermeras, como lo demuestra el número de BPSO registrados en el sistema de datos NQuIRE. El ochenta y cuatro por ciento está enviando datos a NQuIRE, y la parte restante (16%) todavía no está enviando datos porque forman parte de una nueva cohorte de: BPSO de servicio que están en la fase inicial de selección de indicadores y recopilación de datos, BPSO académicos (experimentando con nuevos indicadores NQuIRE específicos para el ámbito académico) o BPSO de servicio que necesitan seguimiento de la calidad de los datos. Este nivel de participación contribuye significativamente a la calidad de los datos.

Implantación de las Guías

Los BPSO interpretan y adaptan la evidencia a su contexto clínico o entorno de práctica durante la fase de predesignación. El Acuerdo de BPSO garantiza un flujo continuo de datos coherentes a NQuIRE. Los BPSO identifican los vacíos en la práctica antes de la implantación de la Guía para centrar sus esfuerzos en los cambios en la Enfermería y/o la atención interprofesional. Los formadores de BPSO de RNAO apoyan a las organizaciones durante las actividades de implantación y evaluación para cumplir con los requisitos de la designación de BPSO. La capacitación, el apoyo y las herramientas proporcionadas durante esta fase afectan la manera en que los BPSO seleccionan los indicadores, identifican las fuentes de datos, desarrollan los procesos de recolección de datos y envían los datos a NQuIRE. Cada una de estas actividades es pertinente a la creación de capacidad para evaluar exhaustivamente la aplicación de la Guía. Estos esfuerzos de implantación tienen un impacto en la utilización de NQuIRE, informan sobre la selección de indicadores para otros BPSO y mejoran la calidad de los datos a lo largo del periodo de 3 años.

Evaluación de las Guías

Los BPSO utilizan los indicadores NQuIRE, otros elementos de datos de otros repositorios de datos y sus informes cualitativos de BPSO para evaluar la implantación de las Guías. La unidad de observación de los datos de NQuIRE se encuentra al nivel del centro de implantación. Esto significa que los datos agregados se recopilan en la fuente de la implantación de la Guía dentro de una organización (por ejemplo, una unidad de salud mental en un hospital, un programa de sanidad pública dentro de una unidad de sanidad pública o un centro de atención a largo plazo dentro de una corporación a largo plazo). Los BPSO necesitan planificar de forma preventiva la evaluación durante la fase de propuesta para asegurarse de que disponen de una infraestructura de evaluación y comprenden la cultura de la evaluación. Su planificación continúa en la etapa previa a la implantación, mientras que llevan a cabo el análisis de brechas para integrar las estructuras necesarias que apoyan la utilización de NQuIRE. Durante la fase de predesignación, a través de discusiones con sus formadores de RNAO o las reuniones de revisión de informes de BPSO, los BPSO analizan oportunidades para fortalecer aún más los procesos de auditoría de rendimiento y retroalimentación utilizando los datos de NQuIRE. Estas actividades combinadas tienen un impacto en la calidad de los datos alojados en NQuIRE. En conclusión, las interrelaciones de los pilares del Programa de Guías son: 1) desarrollo de las guías; 2) difusión, implantación y sostenibilidad; y 3) evaluación y supervisión y tienen un efecto en cascada sobre la calidad de los datos.

Se identificaron tres características clave para apoyar a los BPSO y al equipo del IAGBP para asegurar datos de alta calidad en NQuIRE:

1. Es esencial crear una cultura de calidad de datos, porque la calidad de los datos es responsabilidad de todos.
2. La innovación y la integración a lo largo de todo el ciclo de las Guías permiten obtener datos de alta calidad.

3. NQuIRE, como sistema internacional de datos polivalente, debe abordar proactivamente la complejidad y multiplicidad de las necesidades de calidad de datos dentro de cada BPSO.

CULTURA DE CALIDAD DE DATOS

Una cultura de calidad de datos integral y omnipresente es esencial en todo el Programa del IAGBP y todos sus componentes. Esto significa que la calidad de los datos es responsabilidad de todos los miembros del personal del Programa IAGBP y de los BPSO. Establecer la administración de datos a lo largo del ciclo de vida de los datos NQuIRE es esencial e incluye la planificación, la creación, el procesamiento, el análisis, la preservación, el intercambio y la reutilización de datos (Faundeen et al., 2014). Para NQuIRE, el ciclo de vida de los datos comienza con el desarrollo de indicadores y la recopilación de datos por parte de los BPSO. El ciclo de vida termina con los informes NQuIRE y la utilización de cuadros de mando por parte de los BPSO para evaluar el impacto de las guías. Esto requiere que los datos NQuIRE se gobiernen y gestionen a lo largo de todo el ciclo de vida con una documentación clara, metadatos, calidad de los datos y procedimientos de seguridad, copia de seguridad y recuperación de datos establecidos. Desde su creación en 2012, la arquitectura de datos y el diseño inicial de NQuIRE han evolucionado para satisfacer las necesidades de los BPSO y de RNAO. Estos esfuerzos continuos de mejora de la calidad de los datos refuerzan la calidad de los datos.

INNOVACIÓN E INTEGRACIÓN A LO LARGO DEL CICLO DE GUÍAS

La innovación basada en datos es fundamental para asegurar que los BPSO tengan la información adecuada para mejorar la calidad y tomar mejores decisiones (Health Canadá, 2015). Como almacenamiento de datos de alta calidad, NQuIRE genera informes automatizados y respalda la toma de decisiones tanto en tiempo real como las retrospectivas con respecto a los esfuerzos de mejora de la calidad. La naturaleza de la relación entre RNAO y los BPSO, tanto en colaboración como en la elaboración de informes, fomenta la innovación y un circuito de retroalimentación que informa sobre las mejoras en curso de NQuIRE.

La integración de los envíos de datos de los BPSO implica estrategias para resolver los conflictos semánticos entre fuentes de datos heterogéneas de múltiples BPSO que representan diferentes sectores y jurisdicciones (Streiner & Norman, 2008). Como se ha indicado anteriormente, ciertos conceptos y definiciones en los esquemas respectivos, como "detección del dolor en el momento del ingreso" (*pain_pro01*), pueden tener diferentes significados en diferentes centros, organizaciones, sectores y países. RNAO trabaja en estrecha colaboración con los BPSO en un circuito continuo de retroalimentación para resolver esos problemas en todas las fases de la predesignación como BPSO. La colaboración ayuda a definir explícitamente o refinar los componentes de los indicadores dentro de los diccionarios de datos para resolver conflictos semánticos y mejorar la calidad de los datos. Esto permite que las fuentes de datos sean directamente comparables, de modo que puedan integrarse incluso cuando las características de los BPSO sean diferentes.

COMPLEJIDAD Y MULTIPLICIDAD QUE AFECTAN LA CALIDAD DE LOS DATOS

La participación de BPSO en NQuIRE tiene implicaciones en varios niveles (es decir, clínico, organizacional y sanitario), y los conjuntos de datos de NQuIRE para cada Guía pueden utilizarse para múltiples propósitos:

- Mejora de la calidad de los BPSO para medir el impacto de la implantación de la Guía.
- Rendición de cuentas a medida que los BPSO presentan e informan sobre los datos para cumplir con los requisitos necesarios.
- Investigaciones futuras que requerirán datos de la más alta calidad.

La complejidad y multiplicidad del sistema de datos NQuIRE y sus múltiples propósitos tienen un impacto en la calidad de los datos. El sistema de datos NQuIRE se diseñó principalmente para las mejoras de la calidad

clínica y organizacional. La medición de la mejora de la calidad se produce cuando: 1) se identifica la brecha o problema en la práctica; 2) se recopilan datos previos a la implantación; y 3) se recopilan datos posteriores a la implantación. La medición de la mejora de la calidad incluye un pequeño subconjunto de medidas "fáciles de recopilar" durante un periodo de tiempo definido (generalmente más corto) para un establecimiento o proceso específico, utilizando un tamaño de muestra pequeño y procesos sencillos de recopilación de datos.

A efectos de la rendición de cuentas, las características de la medición son más complejas, ya que se recopilan datos para indicadores específicos a lo largo de un largo periodo de tiempo utilizando muestras de gran tamaño. Esto se hace para administrar el rendimiento y para comparar con los puntos de referencia de las organizaciones afines.

Para la investigación, se recopilan muchas medidas precisas y válidas durante largos periodos de tiempo con muestras de gran tamaño y procesos complejos de recopilación de datos (Solberg et al., 1997). En 2012, NQuIRE se lanzó como una base de datos para la mejora de la calidad de la Enfermería y, en los últimos 5 años, los informes y el seguimiento de NQuIRE por parte de los BPSO han demostrado el impacto de la implantación de las Guías a nivel organizativo. NQuIRE ha evolucionado hasta convertirse en un sistema de datos sólido que se puede utilizar para informes comparativos y el Informe de Tendencias de Enfermería.

En conclusión, los requisitos de calidad de los datos para la mejora de la calidad son menos rigurosos en comparación con los requisitos de responsabilidad o investigación. La decisión de encomendar NQuIRE en 2014 ha mejorado significativamente la calidad de los datos y los conjuntos de datos para las Guías más utilizadas son sólidos. Este requisito obligatorio añadió complejidad a las necesidades de calidad de datos de NQuIRE e impulsó cambios en la arquitectura y el diseño del sistema de datos para apoyar la participación de todos los tipos de BPSO, modelos, sectores y países. En previsión del uso de los datos para futuras investigaciones, se están probando actualmente procedimientos de mejora de la calidad de los datos basados en las dimensiones del marco.

REFLEXIÓN

¿Puede proporcionar ejemplos de cómo se han utilizado los datos para los diferentes propósitos de mejora de la calidad, rendición de cuentas e investigación?

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LOS DATOS

Las dimensiones de la calidad de los datos describen los componentes fundamentales para garantizar que los datos de alta calidad se introduzcan en NQuIRE. Cada una de estas dimensiones es integral, está interrelacionada y se superpone, lo que implica que el fracaso en una dimensión puede resultar en el fracaso en otras dimensiones. Se identificaron seis dimensiones de calidad de datos como cruciales para NQuIRE y el Programa de Guías: integridad, relevancia, capacidad para ser interpretados, coherencia, oportunidad y entorno institucional. Estas dimensiones son los componentes centrales del marco de calidad de datos para la supervisión continua y los procedimientos de implantación de la mejora de la calidad de los datos. Las características de cada dimensión de calidad de datos se describen a continuación.

Integridad

Esta dimensión determina la precisión de los datos de NQuIRE al describir y representar el evento, objeto o concepto que se pretendía medir (por ejemplo, los objetivos para la implantación de las guías y el impacto en los resultados para la población objetivo). Esto incluye la exhaustividad del conjunto de datos de la Guía para cada BPSO y la sensibilidad al cambio para representar el impacto de la implantación de la Guía en la atención de Enfermería y los resultados. La completitud del conjunto de datos NQuIRE para cada Guía por parte del BPSO viene determinada por los procesos de recopilación de datos establecidos. La *completitud* se define por la proporción de datos en el sistema con respecto a los datos 100% completos potenciales de cualquier elemento de datos. La consistencia de los datos comunicados en los BPSO y en los BPSO dentro de un sector para elementos de datos específicos ofrece la oportunidad de compararlos.

Se documentan los posibles errores en la recopilación de datos y en la presentación de informes y, una vez identificados, se realizan las correcciones oportunas. La mayoría de los BPSO reportan un indicador estructural, un indicador de proceso y un indicador de resultados para cada Guía clínica. RNAO realiza evaluaciones de la calidad de los datos para mejorar la calidad de los datos a lo largo del tiempo e identificar inconsistencias en la presentación de datos. Recientemente, se llevó a cabo una "evaluación de la falta de disponibilidad", que incluye la identificación y el análisis de los datos que faltan. Clasifica los datos válidos para cada indicador en función del número de BPSO que presentan datos para ese indicador particular. Los resultados de esta evaluación de la falta de disponibilidad apoyaron las mejoras en el sistema de datos NQuIRE, incluyendo el desarrollo de indicadores, el perfeccionamiento de indicadores y el análisis de datos para demostrar mejor el impacto y el valor de la implantación de las Guías.

Relevancia

Esta dimensión se refiere a la capacidad de NQuIRE para atender las necesidades de los usuarios. En el caso de los BPSO, se refiere a la medida en que los datos apoyan la evaluación de la implantación de las Guías (es decir, con el fin de mejorar la calidad). Los diccionarios de datos NQuIRE describen la definición operativa de los indicadores con la población objetivo. Esto incluye criterios de inclusión y exclusión para identificar la relevancia de los datos para el usuario. Un BPSO puede implantar una guía en toda la organización, pero solo reportar datos a NQuIRE para áreas o entornos específicos dentro de la organización. Por ejemplo, un BPSO puede reportar datos sobre un solo centro de atención a largo plazo cuando se está implantando la Guía en cinco residencias de cuidados de larga duración. Por último, los informes y el cuadro de mandos de NQuIRE deben satisfacer las necesidades de los BPSO.

Capacidad para ser interpretados

Esta dimensión diferencia si los BPSO pueden interpretar correctamente sus resultados y utilizar su informe NQuIRE y su cuadro de mandos para apoyar la evaluación de sus esfuerzos de implantación de Guías. Los datos recogidos de los BPSO no vienen identificados y son agregados a nivel del centro de implantación, lo cual es importante para discernir los retos de calidad de los datos asociados con el análisis y la interpretación. Los recursos de RNAO (por ejemplo, diccionarios de datos, metadatos, materiales para la formación y otros recursos) proporcionan a los BPSO información y contexto para el análisis e interpretación de los informes y cuadros de mando de NQuIRE.

Coherencia

Esta dimensión garantiza la coherencia interna y la comparabilidad de los datos NQuIRE por parte del BPSO individual o con indicadores similares de repositorios de datos secundarios (si procede). La coherencia debe ser evidente a través de definiciones, conceptos y procesos de recopilación de datos estandarizados a lo largo del tiempo. La coherencia también se debe producir dentro de un único conjunto de datos NQuIRE para cada Guía del BPSO y a través de conjuntos de datos NQuIRE para múltiples BPSO. Las definiciones y conceptos comunes, con la documentación adecuada, ofrecen una oportunidad para la comparabilidad de los datos de BPSO. Los indicadores coherentes dentro de los sectores y entre países se identifican para permitir comparaciones entre un BPSO y otro. Es posible que sea necesario revisar los indicadores NQuIRE con las nuevas ediciones de las Guías, o que las prácticas de recopilación de datos cambien con el tiempo, lo que restringe la comparabilidad de los datos de NQuIRE con periodos de tiempo específicos, Guías y/o cohortes de BPSO.

Puntualidad

Esta dimensión identifica la actualidad de los datos (es decir, los datos están disponibles cuando se espera y se necesitan). Las diferencias aceptables en el tiempo entre la implantación de las guías y la presentación de los datos a NQuIRE deben ser examinadas y perfeccionadas continuamente. La utilidad de los informes y cuadros de mando de NQuIRE en tiempo real y retrospectivo en momentos específicos (por ejemplo, lanzamiento, implantación y fases posteriores a la implantación de la Guía) deben ser plenamente comprendidos para seguir apoyando los esfuerzos de implantación y de sostenibilidad. La fecha de finalización de la recolección de datos debe ser identificada para los indicadores de proceso relevantes cuando se logra un estado estable y/o los resultados deseados (Mainz, 2003). La frecuencia esperada de la recopilación de datos se describe claramente y el cumplimiento de la presentación mensual, trimestral o anual es pertinente para esta dimensión.

Entorno institucional

Esta dimensión identifica la capacidad de un BPSO para recopilar datos de calidad para NQuIRE. Factores institucionales como la adecuación de los recursos y el apoyo (presupuesto, recursos humanos, tiempo, equipo, procesos, etc.) para recopilar datos tienen un impacto significativo en la presentación de datos de BPSO y en la calidad de los datos de NQuIRE. Antes de participar en NQuIRE, el mandato de BPSO de recopilar datos de NQuIRE es un factor clave para asegurar que los BPSO se adhieran a los requisitos contractuales y presenten los datos. El compromiso del personal de los BPSO y del personal de apoyo (por ejemplo, tecnología de la información, apoyo a la toma de decisiones, informática clínica, administración, etc.) es fundamental para recopilar y reportar datos con objetividad y transparencia.

ENFOQUES INNOVADORES DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS DATOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS DATOS

Estas seis dimensiones condujeron al desarrollo de métricas subjetivas y objetivas para realizar evaluaciones de la calidad de los datos. La *subjetividad* considera la percepción, las necesidades y las experiencias de los productores, consumidores y administradores de datos. El grupo focal del BPSO y las visitas (in situ y virtuales) para desarrollar el marco se basan en las métricas subjetivas. La *objetividad* incluye medidas para comprobar si se cumplen los criterios y las características de cada dimensión. Las métricas objetivas de calidad de datos pueden desarrollarse dentro del contexto del uso de datos o de forma independiente. En cuanto a la dimensión de la integridad, se realizó un análisis considerable de la completitud y la usabilidad.

Se desarrollaron las siguientes métricas: porcentaje de datos perdidos, porcentaje válido y media ponderada. El " porcentaje de datos perdidos " es la proporción de datos que faltan del total de datos presentados por los BPSO. El "porcentaje válido" es la proporción de datos válidos de los datos totales presentados por los BPSO. Utilizando el "porcentaje válido" y el número de BPSO que presentan datos para una medida de NQuIRE específica, se calculó una "media ponderada". La "media ponderada" proporciona información sobre los indicadores específicos de la Guía más fiables y utilizados con más frecuencia. También se llevó a cabo un análisis sectorial para desarrollar una mejor comprensión de la calidad de los datos por sector e informar sobre las áreas que deben mejorarse. Se están desarrollando métricas de calidad de datos para todas las dimensiones con el fin de apoyar las evaluaciones integrales para supervisar y mejorar continuamente la calidad de los datos de NQuIRE. Al comparar el número de BPSO que utilizan cada indicador junto con el porcentaje de datos válidos, RNAO detectó incoherencias en la presentación de datos que han dado lugar a mejoras tecnológicas en el sistema de datos. Además, la media ponderada por indicador NQuIRE reveló los conjuntos de datos más sólidos para 30 indicadores que pueden examinarse más a fondo para demostrar el impacto de la implantación de la Guía en los BPSO individuales (ver Figuras 16.8 y 16.9). Este análisis también proporciona la base para elegir los indicadores NQuIRE que se pueden utilizar en informes comparativos y el Informe de Tendencias de Enfermería para demostrar el valor de la designación como BPSO.

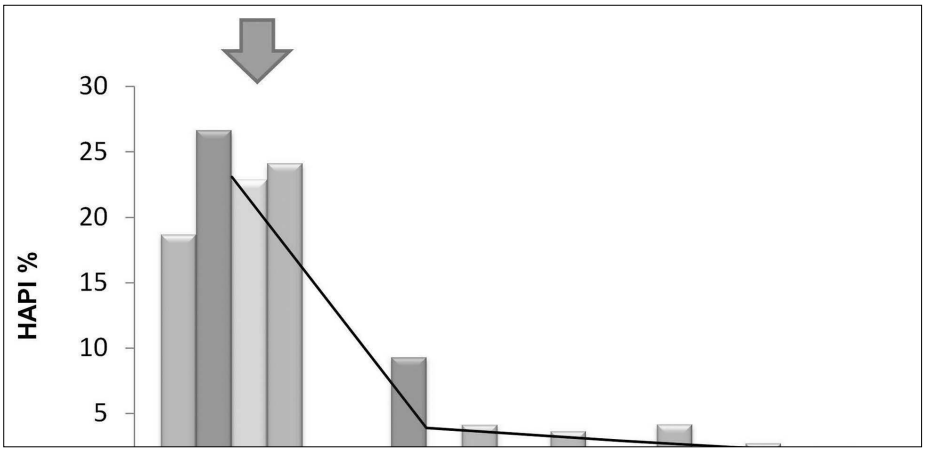


FIGURA 16.8 Promedio trimestral de lesiones por presión adquiridas durante los cuidados para el hospital internacional BPSO (ulcerprev_out01).
Usado con permiso.

La Figura 16.8 muestra una disminución del 91% (23,08 a 2,09) en el indicador de resultado NQuIRE, lesión por presión adquirida durante los cuidados, tras la implantación de la Guía de RNAO *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (2005) en un hospital internacional BPSO. Los procesos de atención de Enfermería se modificaron en 2013 sobre la base de las recomendaciones de la Guía y los resultados deseados se han mantenido durante 3 años.

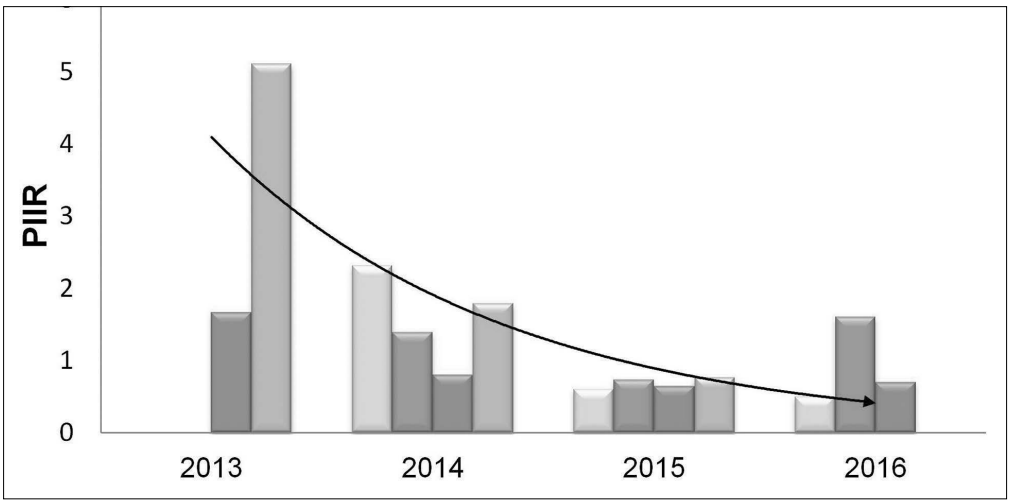


FIGURA 16.9 Promedio trimestral de la tasa de incidencia de lesiones por presión para el hospital internacional BPSO.
Usado con permiso.

La Figura 16.9 muestra una disminución del 86% (5,1 a 0,7) en el indicador de resultado NQuIRE, tasa de incidencia de lesiones por presión, tras la implantación de la Guía de RNAO *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (2005) en un hospital internacional BPSO diferente al ejemplo anterior. Los procesos de atención de Enfermería se modificaron en 2013 sobre la base de las recomendaciones de la Guía y los resultados deseados se han mantenido durante 3 años.

RESUMEN DEL MARCO DE CALIDAD DE DATOS NQUIRE

El sistema de datos NQuIRE, un sistema de elaboración de perfiles e informes de datos basado en la tecnología para la evaluación de la implantación de las Guías por parte de los BPSO, es una innovación de primera clase de RNAO. El marco de calidad de datos de NQuIRE resalta las características y dimensiones clave necesarias para los esfuerzos de mejora de la calidad de los datos. Las seis dimensiones de la calidad de los datos son fundamentales para poder evaluarlos y poder mejorarlos de manera continuada. En comparación con los marcos existentes, el marco de calidad de datos de NQuIRE sitúa al BPSO en el centro e integra el ciclo de las Guías. Los BPSO, los principales productores de datos de múltiples sectores y jurisdicciones, tienen sus propios sistemas de información sanitaria y procesos de recolección de datos, lo que lleva a desafíos y oportunidades únicas de calidad de datos para NQuIRE. Este marco demuestra el rigor detrás del sistema de datos NQuIRE y aumenta la confianza que ponen los BPSO en el valor de NQuIRE para la mejora de la calidad, la responsabilidad y la investigación.

GUÍAS FUTURAS: REFUERZO DE LA EVIDENCIA Y MODELO DE EVALUACIÓN BPSO-NQUIRE

Durante los últimos 5 años, ha habido un continuo circuito de retroalimentación con los BPSO alrededor del mundo, reevaluando su experiencia, conocimientos y consejos de NQuIRE. RNAO ha trabajado formal y continuamente con los BPSO para el proceso de desarrollo de indicadores NQuIRE, sesiones de orientación NQuIRE, campamentos de formación de NQuIRE y talleres de evaluación de RNAO. RNAO contrata al Consejo Asesor Internacional de NQuIRE para recibir información estratégica sobre los fundamentos del marco teórico, los procesos de control de calidad, así como las futuras orientaciones y el uso del sistema de datos. Nuestra participación activa en la Red Internacional de Guías nos permite contribuir con lecciones aprendidas de nuestra experiencia y recoger ideas de otros sobre el desarrollo de guías, estrategias de implantación y medidas de rendimiento.

RNAO revisa periódicamente la literatura, evalúa los procesos y marcos de otras jurisdicciones y consulta a sus socios, como Health Quality Ontario, Accreditation Canada y el Conjunto de Datos Mínimos del Instrumento de Evaluación de Residentes (RAI). Todos estos esfuerzos informan sobre las mejoras de NQuIRE en el proceso refinado de desarrollo de indicadores de datos NQuIRE y el marco de calidad de datos de NQuIRE para la evaluación en curso del Programa de BPSO y la investigación futura. Con un robusto programa de Guías, un compromiso activo de los BPSO y un sólido sistema de medición, RNAO confía ahora en su capacidad para demostrar el valor de los esfuerzos de los BPSO. Todo esto se analizará a continuación.

El *valor* se define como la relación entre los resultados y los costos. Los sistemas sanitarios de todo el mundo se están centrando en la mejora del valor mediante estrategias de mejora de la calidad en las que:

- Los resultados se mantienen estables, pero los costos disminuyen.
- Los resultados mejoran, pero los costos se mantienen estables.
- Los resultados mejoran y los costos disminuyen.



ECONOMÍA DE LA ENFERMERÍA

Los sistemas sanitarios son complejos, y en cualquier momento hay muchas ideas para mejorar el sistema, pero para alcanzar los objetivos del sistema sanitario y mejorar su sostenibilidad, ninguna iniciativa importante debe avanzar sin abordar claramente la mejora del valor. El valor debe convertirse en la columna vertebral de las estrategias mundiales de transformación de la sanidad. RNAO ha desarrollado informes de proposición de valor de dos páginas: los Respaldos a la Evidencia de RNAO. Demuestran el valor y el impacto de la implantación de las Guías por parte de los BPSO, utilizando los indicadores NQuIRE. Los indicadores NQuIRE elegidos por RNAO para los Respaldos a la Evidencia han obtenido puntuaciones altas en la media ponderada de la evaluación de la calidad de los datos. Los Respaldos a la Evidencia son informes de tendencia desde el lanzamiento de la Guía hasta la implantación para la sostenibilidad y demuestran el impacto económico (ver Figura 16.10).

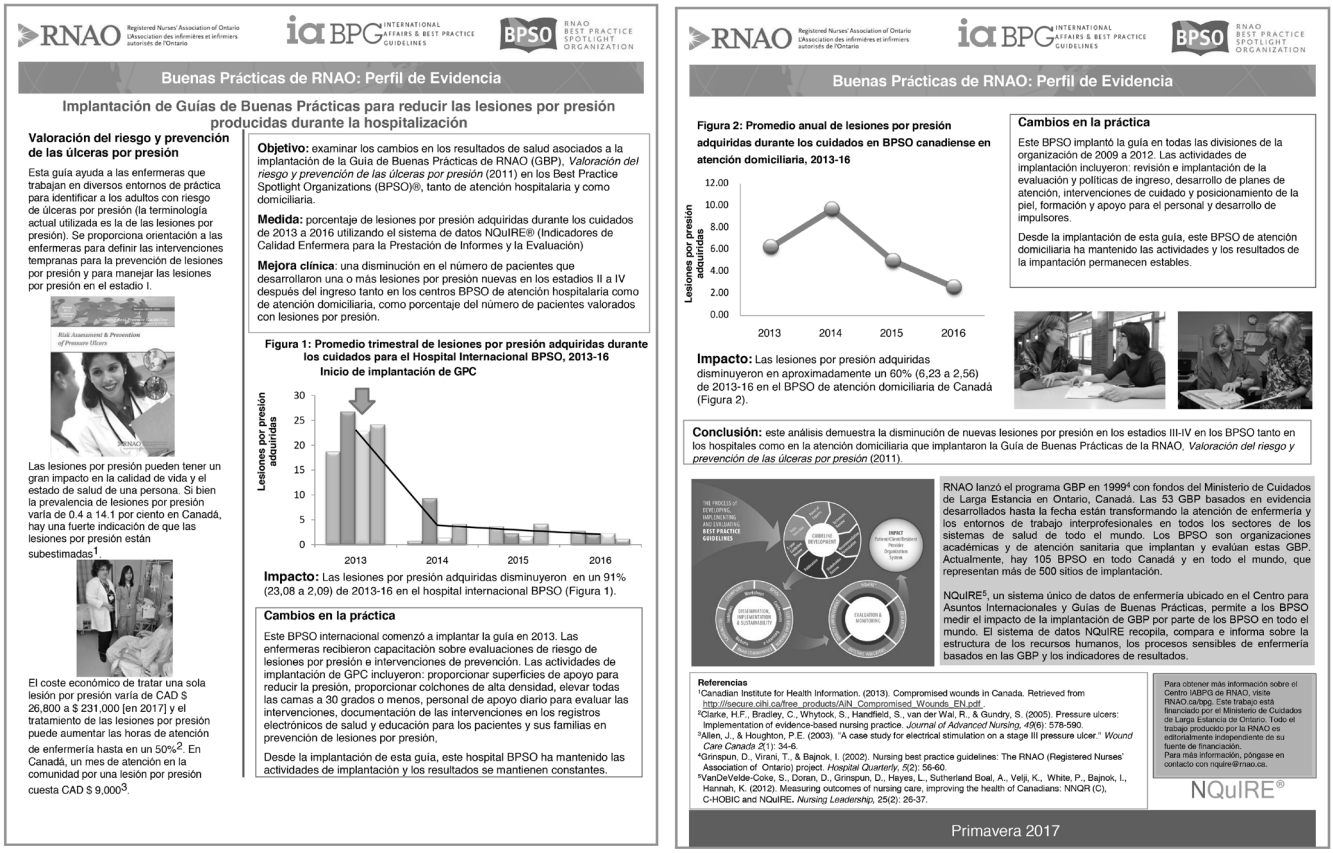


FIGURA 16.10 Ejemplos de Respaldos a la Evidencia de RNAO: Tasa de incidencia de lesiones por presión y lesiones por presión adquiridas en el hospital.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

Los documentos de Respaldos a la Evidencia, presentados en la Figura 16.10, muestran los resultados de la implantación de la Guía en un gráfico e incluyen una breve descripción de la Guía en la esquina superior izquierda y el objetivo del BPSO, la mejoría clínica segura y los cambios en la práctica en la columna derecha. En la esquina inferior izquierda, se muestran los impactos económicos. Por ejemplo, el tratamiento de

lesiones por presión aumenta las horas de atención de Enfermería hasta un 50% (Clarke et al., 2005), y un mes de atención en la comunidad por una lesión por presión cuesta aproximadamente 9.000 dólares canadienses (Allen & Houghton, 2003). Una disminución del 86% en la tasa de incidencia de lesiones por presión, y una disminución del 91% en las lesiones por presión adquiridas en el hospital, daría como resultado ahorros significativos en los costes para el paciente, la organización y el sistema sanitario. En el Apéndice A que se encuentra al final de este capítulo, se puede ver cada Respaldo a la Evidencia de manera completa.

REFLEXIÓN

¿En su lugar de trabajo se describe el impacto y el valor de la atención de Enfermería basada en la evidencia? ¿Se beneficiaría de utilizar un sistema de datos como NQuIRE para demostrar el impacto de la mejora de la calidad dirigida por enfermeras? En caso afirmativo, ¿de qué manera se beneficiaría y cómo puede introducirlo?

MODELO DE EVALUACIÓN BPSO-NQUIRE: ENFOQUE ESTRATÉGICO

El Modelo de Evaluación BPSO-NQuIRE (ver Figura 16.11) abarca: 1) el marco de calidad de datos de NQuIRE; 2) el riguroso ciclo de desarrollo y revisión de indicadores para cada Guía clínica; y 3) la elaboración de informes y la recopilación de datos de BPSO que tiene lugar en NQuIRE y myBPSO, que es el sistema de elaboración de informes en línea. Los cinco pilares dentro del modelo representan los enfoques analíticos de RNAO para una evaluación sólida que demuestre el impacto en la salud y el valor de la implantación de las Guías por parte de los BPSO. Estos enfoques analíticos incluyen:

1. Análisis cuantitativo de datos de los conjuntos de datos NQuIRE.
2. Análisis de datos cualitativos basados en estudios de caso de los informes de myBPSO.
3. Mapeo de datos y análisis de datos secundarios de otros repositorios de datos del sistema sanitario (por ejemplo, inter-RAI y CIHI) para complementar el análisis de datos de NQuIRE y myBPSO.
4. El análisis de los datos centrado en los indicadores de la ciencia de la implantación que complementan el modelo de Donabedian (ver el Capítulo 4).
5. Análisis comparativo Inter-BPSO para la publicación de los informes comparativos NQuIRE y el Informe de Tendencias de Enfermería.



FIGURA 16.11 Modelo de evaluación de BPSO-NQuIRE.

©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados. Usado con permiso.

Como se muestra en la Figura 16.11, el enfoque multimétodo de RNAO apoya a los BPSO para demostrar el valor de sus esfuerzos de implantación y, en última instancia, el valor de las Guías de RNAO para los BPSO y los sistemas sanitarios.

CONCLUSIÓN

Los sistemas sanitarios deben adoptar plenamente la evidencia para transformar y satisfacer audazmente las necesidades de salud de la población. Como se vio en los Capítulos 1 y 12, se necesita urgentemente ampliar, adaptar y expandir los programas que han demostrado resultados para cumplir con este desafío. El programa de Guías de RNAO está revolucionando la contribución de la Enfermería en los resultados de los pacientes, las organizaciones y los sistemas sanitarios en todo el mundo. El sistema de datos NQuIRE hará cada vez más visible esta contribución mediante la cuantificación de los procesos de atención de Enfermería y su valor a nivel local, nacional e internacional. La designación de BPSO de RNAO ha creado una plataforma de metodologías de evaluación sólidas para medir el impacto de la atención de Enfermería basada en la evidencia, así como el impacto de la evidencia y los indicadores estructurales, como la dotación de personal, en los resultados de los pacientes. RNAO ha desarrollado enfoques rigurosos para el desarrollo de los indicadores NQuIRE, el establecimiento del marco de calidad de datos NQuIRE y la finalización de la evaluación de la calidad de los datos mediante técnicas estadísticas innovadoras. Con el estado actual de NQuIRE y el Modelo de Evaluación de BPSO, RNAO está en condiciones de producir informes comparativos, el Informe de Tendencias de Enfermería, y de ser una fuente de datos para los profesionales, administradores, educadores, investigadores y formuladores de políticas, ahora y en el futuro.

MENSAJES CLAVE

- Cuantificar el impacto de la práctica de la Enfermería basada en la evidencia en los resultados de los pacientes, las organizaciones y los sistemas sanitarios nos permite mostrar las contribuciones completas de las enfermeras.
- El Modelo de Donabedian es un marco efectivo para construir indicadores de estructura, proceso y resultados para evaluar el impacto de la implantación de las Guías.
- Un proceso sólido de desarrollo de indicadores basado en la evidencia y en la metodología de desarrollo de las Guías de RNAO, los BPSO, otros repositorios de datos, los usuarios finales y otros socios de RNAO es fundamental para evaluar la adopción y el impacto de las Guías de RNAO.
- La seguridad y la protección de la privacidad, así como la garantía de la calidad de los datos, son características centrales de un sistema de datos robusto.
- El marco de calidad de datos de NQuIRE coloca a los BPSO en el centro, demuestra el rigor que hay detrás del sistema de datos NQuIRE y aumenta la confianza de los BPSO en el valor de NQuIRE para la mejora de la calidad, la responsabilidad y la investigación.
- La evolución intencionada del desarrollo de los indicadores NQuIRE con un ciclo de perfeccionamiento programado es fundamental para garantizar que las medidas de evaluación de las Guías se mantengan al día con las nuevas ediciones de la Guía y la investigación actual.
- El acceso a los datos en la práctica diaria es fundamental para comprender las brechas en la atención, medir la mejora y demostrar el impacto de la práctica basada en la evidencia en los resultados.

REFERENCIAS

Allen, J., & Houghton, P. E. (2003). A case study for electrical stimulation on a stage III pressure ulcer. *Wound Care Canada*, *2*(1), 34–36.

Australian Capital Territory (ACT) Health. (2013). *ACT health Data Quality framework*. Retrieved from http://health.act.gov.au/sites/default/files/Policy_and_Plan/Data%20Quality%20Framework.pdf

Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M., . . . De Geest, S. (2016). Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles. *Journal of Nursing Scholarship*, *48*(2), 201–209.

Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2009). *The CIHI Data Quality framework.* Retrieved from https://www.cihi.ca/en/data_quality_framework_2009_en.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2007). *Developing evaluation indicators.* Retrieved from https://www.cdc.gov/std/Program/pupestd/Developing%20Evaluation%20Indicators.pdf

Chen, L., Huang, L.-H., Xing, M.-Y., Feng, Z.-X., Shao, L.-W., Zhang, M.-Y., & Shao, R.-Y. (2016). Using the Delphi method to develop nursing-sensitive quality indicators for the NICU. *Journal of Clinical Nursing*, *26*, 502–513. doi: 10.1111/jocn.13474

Clarke, H. F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., van der Wal, R., & Gundry, S. (2005). Pressure ulcers: Implementation of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, *49*(6), 578–590.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, *44*(Suppl.), 166–206.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, *260*, 1743–1748.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, *83*, 691–729.

Doran, D. M. (2003). Preface. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing-sensitive outcomes: State of the science* (2nd ed.) (pp. vii–ix). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Doran, D., Mildon, B., & Clarke, S. (2011). Towards a national report card in nursing: A knowledge synthesis. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, *24*(2), 38–57.

Faundeen, J. L., Burley, T. E., Carlino, J. A., Govoni, D. L., Henkel, H. S., Holl, S. L., . . . Zolly, L. S. (2014). *The United States geological survey science data lifecycle model: U.S. geological survey open-file report 2013–1265*. Retrieved from https://pubs.usgs.gov/of/2013/1265/

Grinspun, D., Lloyd, M., Xiao, S., & Bajnok, I. (2015). Measuring the quality of evidence-based nursing care: NQuIRE – Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation Data-System. *Revista MedUNAB*, *17*(3), 170–175.

Health Canada. (2015, July). *Unleashing innovation: Excellent healthcare for Canada.* Report of the Advisory Panel on Healthcare Innovation. Retrieved from https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/report-advisory-panel-healthcare-innovation.html

Health Quality Ontario (HQO). (2016, October). *Quality standards: Process and methods guide.* Retrieved from http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-process-guide-1610-en.pdf

Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(11), 2469–2482.

Ingraham, A. M., Richards, K. E., Hall, B. L., & Ko, C. Y. (2010). Quality improvement in surgery: The American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program approach. *Advances in Surgery*, *44*(1), 251–267.

Institute of Medicine (IOM). (2007). *The learning healthcare system: Workshop summary*. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53481/

Institute of Medicine (IOM). (2013, 26 March). *Digital data improvement priorities for continuous learning in health and health care: Workshop summary*. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207329/

inter-RAI. (2017). Instruments: An overview of the inter-RAI suite. Retrieved from http://www.interrai.org/instruments/

Kahn, M. G., Brown, J. S., Chun, A. T., Davidson, B. N., Meeker, D., Ryan, P. B., . . . Zozus, M. N. (2015). Transparent reporting of data quality in distributed data networks. *eGEMs*, *3*(1), 1052.

Kelley, E., & Hurst, J. (2006, March 9). *Health care quality indicators project conceptual framework paper. Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), *Health Working Paper No. 23*. Retrieved from http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf

Kerr, K. (2003). *The development of a Data Quality framework and strategy for the New Zealand ministry of health.* Department of Information Systems and Operations Management, University of Auckland, New Zealand. Retrieved from http://mitiq.mit.edu/Documents/IQ_Projects/Nov%202003/HINZ%20DQ%20Strategy%20paper.pdf

Kerr, K., & Norris, T. (2004). *The development of a healthcare Data Quality framework and strategy.* Proceedings of the ninth international conference on information quality (ICQ-04). Retrieved from http://mitiq.mit.edu/ICIQ/Documents/IQ%20Conference%202004/Papers/TheDevelofaHealthcareDQFramework.pdf

Kerr, K., & Norris, T. (2007). The development of a health Data Quality programme. In L. Al-Hakim (Ed.), *Information quality management: Theory and applications* (pp. 94–118). Hershey, PA: Idea Group Publishing.

Kotter, T., Blozik, E., & Scherer, M. (2012). Methods for the guideline-based development of quality indicators—A systematic review. *Implementation Science*, *7*(21), 1–22.

Lloyd, M., Xiao, S., Albornos-Munoz, L., González-María, E., & Joyce, A. (2013). Measuring the process and outcomes of foot ulcer care with guideline-based nursing quality indicators. *Diabetic Foot Canada*, *1*(2), 15–19.

Loeb, J. M. (2004). The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, *16*(Suppl.), i5–i9.

Lopez, M. H., Holve, E., Sarkar, I. N., & Segal, C. (2012). Building the informatics infrastructure for comparative effectiveness research (CER): A review of the literature. *Medical Care*, *50*(Suppl.), 38–48.

Loshin, D. (2011). *The practitioner's guide to data quality improvement*. Burlington, MA: Elsevier.

Lugtenberg, M., Burgers, J. S., & Westert, G. P. (2009). Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, *18*(5), 385–392.

Mainz, J. (2003). Methodology matters: Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, *15*(6), 523–530.

Marsden, E., Taylor, A., Wallis, M., Craswell, A., Broadbent, M., Barnett, A., . . . Glenwright, A. (2017). A structure, process and outcome evaluation of the Geriatric Emergency Department Intervention model of care: A study protocol. *BMC Geriatrics*, *17*, 76.

Millar, A., Simeone, R. S., & Carnevale, J. T. (2001). Logic models: A systems tool for performance management. *Evaluation and Program Planning*, *24*, 73–81.

Moonesinghe, S. R., Grocott, M. P. W., Bennett-Guerrero, E., Bergamaschi, R., Gottumukkala, V., Hopkins, T. J., . . . The Perioperative Quality Initiative (POQI) I Workgroup. (2017). American Society for Enhanced Recovery (ASER) and Perioperative Quality Initiative (POQI) joint consensus statement on measurement to maintain and improve quality of enhanced recovery pathways for elective colorectal surgery. *Perioperative Medicine*, *6*, 6.

Moore, L., Lavoie, A., Bourgeois, G., & Lapointe, J. (2015). Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, *78*(6), 1168–1175.

Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O.-A., Thienthong, H., & Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, *64*, 91–98.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014, April). *Health and social care directorate indicators process guide*. Retrieved from https://www.nice.org.uk/media/default/Standards-and-indicators/Quality-standards/Quality-standards-process-guide-April-2014.pdf

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2012, 17 January). *Quality framework and guidelines for OECD statistical activities version 2011/1*. Retrieved from http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=std/qfs(2011)1&doclanguage=en

Personal Health Information and Protection Act, 2004, S.O. 2004, c. 3, Sched. A. Retrieved from the Ontario Laws website: https://www.ontario.ca/laws/statute/04p03

Personal Information Protection and Electronic Documents Act, S.C. 2000, c. 5. Retrieved from the Government of Canada Justice Laws website: http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/P-8.6/index.html

Public Health Agency of Canada (PHAC). (2012). *Canadian sexual health indicators survey—Pilot test and validation phase*. Retrieved from http://publications.gc.ca/site/eng/415217/publication.html

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2005). *Risk assessment and prevention of pressure ulcers.* (Revision Supplement 2011). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013). *Assessment and management of foot ulcers for people with diabetes* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Safran, C., Bloomrosen, M., Hammond, W. E., Labkoff, S., Markel-Fox, S., Tang, P. C., & Detmer, D. E. (2007). Toward a national framework for the secondary use of health data: An American Medical Informatics Association white paper. *Journal of American Medical Informatics Association*, *14*(1), 1–9.

Sebastian-Coleman, L. (2012). *Measuring data quality for ongoing improvement: A Data Quality assessment framework*. Waltham, MA: Morgan Kaufmann.

Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. (2017, 26 June). *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level.* OECD Health Working Papers, No. 96., OECD Publishing, Paris. Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/The_Economics_of_patient_safety_Web.pdf

Solberg, L. I., Mosser, G., & McDonald, S. (1997). The three faces of performance measurement: Improvement, accountability, and research. *Journal of Quality Improvement*, *23*(3), 135–147.

Streiner, D., & Norman, G. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press Inc.

Strome, T. (2013). *Healthcare analytics for quality and performance improvement*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

VanDeVelde-Coke, S., Doran, D., Grinspun, D., Hayes, L., Sutherland Boal, A., Velji, K., . . . Hannah, K. (2012). Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuIRE. *Nursing Leadership*, *25*(2), 26–37.

von Schirnding, Y. (2002). *Health in sustainable development planning: The role of indicators.* Geneva, CH: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/wssd/resources/indicators/en/

Wang, R., & Strong, D. M. (1996). Beyond accuracy: What data quality means to data consumers. *Journal of Management Information Systems*, *12*(4), 5–33.

APÉNDICE A: RNAO, PERFILES DE EVIDENCIA QUE DEMUESTRAN EL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS EN ALGUNOS BPSO (OTRO DOCUMENTO)

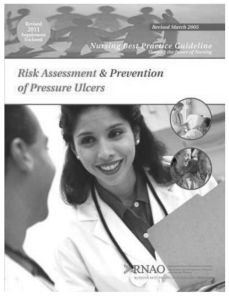
RNAO Registered Nurses' Association of Ontario / L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario — ia BPG INTERNATIONAL AFFAIRS & BEST PRACTICE GUIDELINES — BPSO RNAO BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION

Buenas Prácticas de RNAO: Perfil de Evidencia

Implantación de Guías de Buenas Prácticas para reducir las lesiones por presión producidas durante la hospitalización

Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión

Esta guía ayuda a las enfermeras que trabajan en diversos entornos de práctica para identificar a los adultos con riesgo de úlceras por presión (la terminología actual utilizada es la de las lesiones por presión). Se proporciona orientación a las enfermeras para definir las intervenciones tempranas para la prevención de lesiones por presión y para manejar las lesiones por presión en el estadio I.



Las lesiones por presión pueden tener un gran impacto en la calidad de vida y el estado de salud de una persona. Si bien la prevalencia de lesiones por presión varía de 0.4 a 14.1 por ciento en Canadá, hay una fuerte indicación de que las lesiones por presión están subestimadas[1].



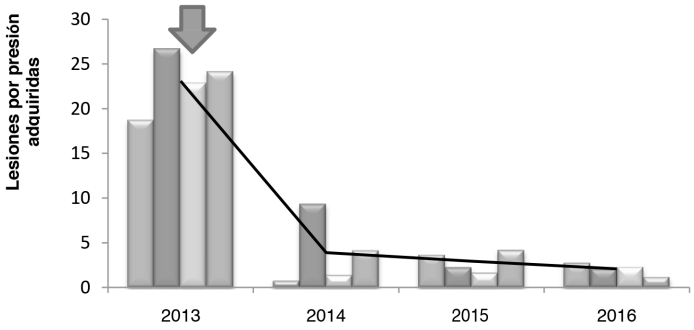
El coste económico de tratar una sola lesión por presión varía de CAD $ 26,800 a $ 231,000 [en 2017] y el tratamiento de las lesiones por presión puede aumentar las horas de atención de enfermería hasta en un 50%[2]. En Canadá, un mes de atención en la comunidad por una lesión por presión cuesta CAD $ 9,000[3].

Objetivo: examinar los cambios en los resultados de salud asociados a la implantación de la Guía de Buenas Prácticas de RNAO (GBP), *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (2011) en los Best Practice Spotlight Organizations (BPSO)®, tanto de atención hospitalaria y como domiciliaria.

Medida: porcentaje de lesiones por presión adquiridas durante los cuidados de 2013 a 2016 utilizando el sistema de datos NQuIRE® (Indicadores de Calidad Enfermera para la Prestación de Informes y la Evaluación)

Mejora clínica: una disminución en el número de pacientes que desarrollaron una o más lesiones por presión nuevas en los estadios II a IV después del ingreso tanto en los centros BPSO de atención hospitalaria como de atención domiciliaria, como porcentaje del número de pacientes valorados con lesiones por presión.

Figura 1: Promedio trimestral de lesiones por presión adquiridas durante los cuidados para el Hospital Internacional BPSO, 2013-16



Impacto: Las lesiones por presión adquiridas disminuyeron en un 91% (23,08 a 2,09) de 2013-16 en el hospital internacional BPSO (Figura 1).

Cambios en la práctica

Este BPSO internacional comenzó a implantar la guía en 2013. Las enfermeras recibieron capacitación sobre evaluaciones de riesgo de lesiones por presión e intervenciones de prevención. Las actividades de implantación de GPC incluyeron: proporcionar superficies de apoyo para reducir la presión, proporcionar colchones de alta densidad, elevar todas las camas a 30 grados o menos, personal de apoyo diario para evaluar las intervenciones, documentación de las intervenciones en los registros electrónicos de salud y educación para los pacientes y sus familias en prevención de lesiones por presión,

Desde la implantación de esta guía, este hospital BPSO ha mantenido las actividades de implantación y los resultados se mantienen constantes.

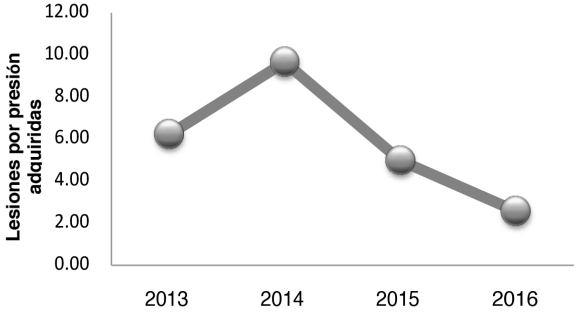
RNAO Registered Nurses' Association of Ontario / L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

iaBPG INTERNATIONAL AFFAIRS & BEST PRACTICE GUIDELINES

BPSO RNAO BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION

Buenas Prácticas de RNAO: Perfil de Evidencia

Figura 2: Promedio anual de lesiones por presión adquiridas durante los cuidados en BPSO canadiense en atención domiciliaria, 2013-16



Impacto: Las lesiones por presión adquiridas disminuyeron en aproximadamente un 60% (6,23 a 2,56) de 2013-16 en el BPSO de atención domiciliaria de Canadá (Figura 2).

Cambios en la práctica

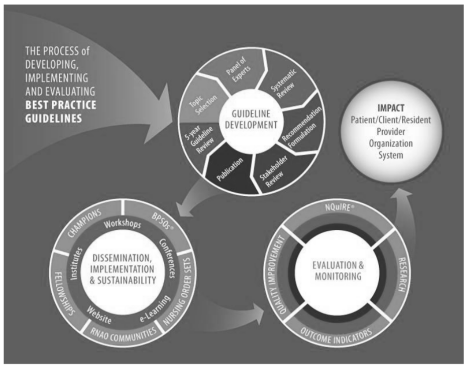
Este BPSO implantó la guía en todas las divisiones de la organización de 2009 a 2012. Las actividades de implantación incluyeron: revisión e implantación de la evaluación y políticas de ingreso, desarrollo de planes de atención, intervenciones de cuidado y posicionamiento de la piel, formación y apoyo para el personal y desarrollo de impulsores.

Desde la implantación de esta guía, este BPSO de atención domiciliaria ha mantenido las actividades y los resultados de la impantación permanecen estables.





Conclusión: este análisis demuestra la disminución de nuevas lesiones por presión en los estadios III-IV en los BPSO tanto en los hospitales como en la atención domiciliaria que implantaron la Guía de Buenas Prácticas de la RNAO, *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (2011).



RNAO lanzó el programa GBP en 1999[4] con fondos del Ministerio de Cuidados de Larga Estancia en Ontario, Canadá. Las 53 GBP basados en evidencia desarrollados hasta la fecha están transformando la atención de enfermería y los entornos de trabajo interprofesionales en todos los sectores de los sistemas de salud de todo el mundo. Los BPSO son organizaciones académicas y de atención sanitaria que implantan y evalúan estas GBP. Actualmente, hay 105 BPSO en todo Canadá y en todo el mundo, que representan más de 500 sitios de implantación.

NQuIRE[5], un sistema único de datos de enfermería ubicado en el Centro para Asuntos Internacionales y Guías de Buenas Prácticas, permite a los BPSO medir el impacto de la implantación de GBP por parte de los BPSO en todo el mundo. El sistema de datos NQuIRE recopila, compara e informa sobre la estructura de los recursos humanos, los procesos sensibles de enfermería basados en las GBP y los indicadores de resultados.

Referencias

[1]Canadian Institute for Health Information. (2013). Compromised wounds in Canada. Retrieved from http:///secure.cihi.ca/free_products/AiN_Compromised_Wounds_EN.pdf .

[2]Clarke, H.F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., van der Wal, R., & Gundry, S. (2005). Pressure ulcers: Implementation of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 49*(6): 578-590.

[3]Allen, J., & Houghton, P.E. (2003). "A case study for electrical stimulation on a stage III pressure ulcer." *Wound Care Canada 2*(1): 34-6.

[4]Grinspun, D., Virani, T., & Bajnok, I. (2002). Nursing best practice guidelines: The RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) project. *Hospital Quarterly, 5*(2): 56-60.

[5]VanDeVelde-Coke, S., Doran, D., Grinspun, D., Hayes, L., Sutherland Boal, A., Velji, K., White, P., Bajnok, I., Hannah, K. (2012). Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuIRE. *Nursing Leadership,* 25(2): 26-37.

Para obtener más información sobre el Centro IABPG de RNAO, visite RNAO.ca/bpg. Este trabajo está financiado por el Ministerio de Cuidados de Larga Estancia de Ontario. Todo el trabajo producido por la RNAO es editorialmente independiente de su fuente de financiación.
Para más información, póngase en contacto con nquire@rnao.ca.

NQuIRE®

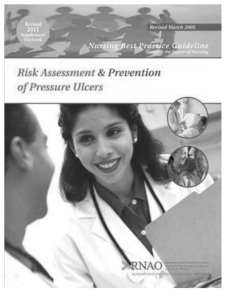
RNAO Registered Nurses' Association of Ontario / L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario — iaBPG International Affairs & Best Practice Guidelines — BPSO RNAO Best Practice Spotlight Organization

Buenas Prácticas de RNAO: Perfil de Evidencia

Impantación de Guías de Buenas Prácticas para reducir la tasa de incidencia de lesiones por presión

Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión

Esta guía ayuda a las enfermeras que trabajan en diversos entornos de práctica a identificar a los adultos que tienen riesgo de desarrollar úlceras por presión (la terminología actual utilizada es la de las lesiones por presión). Se proporciona orientación a las enfermeras para definir las intervenciones tempranas para la prevención de lesiones por presión y para manejar las lesiones por presión en el estadio I.



Las lesiones por presión pueden tener un gran impacto en la calidad de vida y el estado de salud de una persona. Si bien la prevalencia de lesiones por presión varía de 0.4 a 14.1 por ciento en Canadá, hay una fuerte indicación de que las lesiones por presión están subestimadas[1].



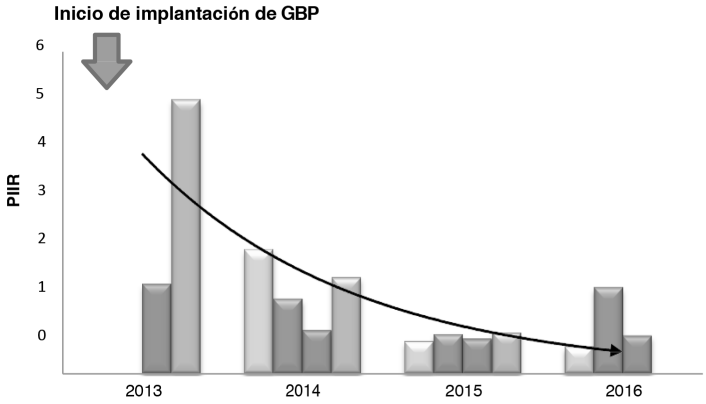
El coste económico de tratar una sola lesión por presión varía de CAD $ 26,800 a $ 231,000 [en 2017] y el tratamiento de las lesiones por presión puede aumentar las horas de atención de enfermería hasta en un 50%[2]. En Canadá, un mes de atención en la comunidad por una lesión por presión cuesta CAD $ 9,000[3]

Objetivo: examinar los cambios en los resultados de salud asociados con la implantación de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) de RNAO, *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (2011) en dos hospitales incluidos en el Programa de Best Practice Spotlight Organization (BPSO)®.

Medida: Tasa de incidencia de lesiones por presión desde 2013 hasta 2016 según el sistema de datos de NQuIRE® (Indicadores de calidad de enfermería para informes y evaluación).

Mejoría clínica: una disminución en el número de pacientes que desarrollaron una o más lesiones por presión nuevas en los estadios II a IV después del ingreso tanto en los hospitales BPSO, como porcentaje del número de pacientes valorados con lesiones por presión.

Figura 1: Promedio trimestral de tasa de incidencia de lesiones por presión (PIIR, siglas en inglés) para el Hospital Internacional BPSO-I, de 2013-16



Impacto: La tasa de incidencia de lesiones por presión disminuyó en un 86% (5,1 a 0,7) de 2013-16 en el hospital internacional BPSO-I (Figura 1).

Cambios en la Práctica

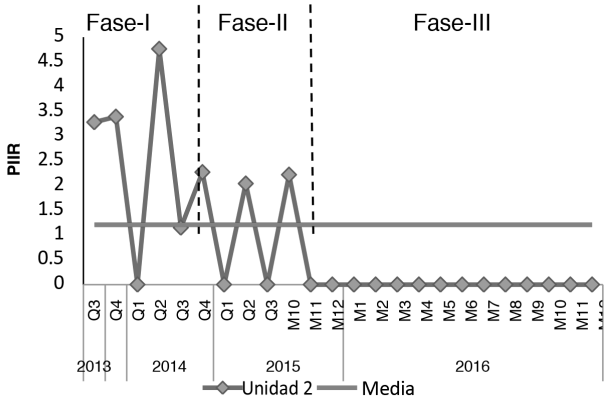
Este hospital BPSO-I implantó la guía entre 2012 y 2015. Las actividades de implantación incluyeron: políticas y procedimientos alineados con las recomendaciones de la guía; orientación estandarizada y talleres para el personal con materiales de aprendizaje; cambios consistentes en las prácticas en toda la organización para ingresos, traslados y altas; y redondeo por hora.

Desde la implantación de esta guía, BPSO-I ha mantenido las actividades de implantación y los resultados se mantienen constantes.

RNAO Registered Nurses' Association of Ontario / L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario — ia BPG INTERNATIONAL AFFAIRS & BEST PRACTICE GUIDELINES — BPSO RNAO BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION

Buenas Prácticas de RNAO: Perfil de Evidencia

Figura 2: Índice de incidencia de lesiones por presión (PIIR) en el Hospital Canadiense BPSO-II, de 2013-16



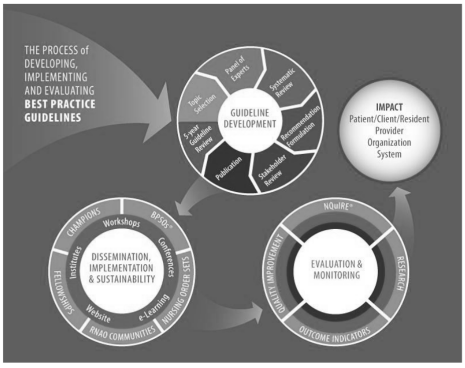
Impacto: En la Fase I, el PIIR disminuyó en un 63% (3,28 a 1,21) y tuvo la mayor variación en los datos. En la Fase II, el PIIR tuvo variaciones consistentes en los datos. En la Fase III, la tasa disminuyó en un 100% (3,28 a 0) entre 2013 -16 y se mantuvo en cero lesiones por presión (Figura 2).

Cambios en la Práctica

Este hospital BPSO-II implantó la guía de 2012 a 2015. Las actividades de implantación incluyeron: herramientas de evaluación estandarizadas, formación y materiales relacionados para el personal y los pacientes, cambios en la documentación y uso superficies terapéuticas estándar para reducir la presión en todos los pacientes.

Desde la implantación de esta guía, BPSO-II ha mantenido las actividades de implantación y los resultados permanecen en cero.

Conclusión: este análisis demuestra la disminución de las nuevas lesiones por presión en los estadios II-IV en dos BPSO (Canadiense e Internacional) que implantaron la Guía de Buenas Prácticas de RNAO, *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (2011).



RNAO lanzó el programa GBP en 1999[4] con fondos del Ministerio de Cuidados de Larga Estancia en Ontario, Canadá. Las 53 GBP basados en evidenciaevidencia desarrollados hasta la fecha están transformando la atención de enfermería y los entornos de trabajo interprofesionales en todos los sectores de los sistemas de salud de todo el mundo. Los BPSO son organizaciones académicas y de atención sanitaria que implantan y evalúan estas GBP. Actualmente, hay 105 BPSO en todo Canadá y en todo el mundo, que representan más de 500 sitios de implantación.

NQuIRE[5], un sistema único de datos de enfermería ubicado en el Centro para Asuntos Internacionales y Guías de Buenas Prácticas, permite a los BPSO medir el impacto de la implantación de GBP por parte de los BPSO en todo el mundo. El sistema de datos NQuIRE recopila, compara e informa sobre la estructura de los recursos humanos, los procesos sensibles de enfermería basados en las GBP y los indicadores de resultados.

Referencias

[1]Canadian Institute for Health Information. (2013). Compromised wounds in Canada. Retrieved from http:///secure.cihi.ca/free_products/AiN_Compromised_Wounds_EN.pdf .

[2]Clarke, H.F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., van der Wal, R., & Gundry, S. (2005). Pressure ulcers: Implementation of evidence-based nursing practice . Journal of Advanced Nursing, 49(6): 578-590.

[3]Allen, Jill, and Pamela E. Houghton. "A case study for electrical stimulation on a stage III pressure ulcer." *Wound Care Canada* 2.1 (2003): 34-6.

[4]Grinspun, D., Virani, T., & Bajnok, I. (2002). Nursing best practice guidelines: The RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) project. *Hospital Quarterly, 5*(2): 56-60.

[5]VanDeVelde-Coke, S., Doran, D., Grinspun, D., Hayes, L., Sutherland Boal, A., Velji, K., White, P., Bajnok, I., Hannah, K. (2012). Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuIRE. *Nursing Leadership,* 25(2): 26-37.

Para obtener más información sobre el Centro IABPG de RNAO, visite RNAO.ca/bpg. Este trabajo está financiado por el Ministerio de Cuidados de Larga Estancia de Ontario. Todo el trabajo producido por la RNAO es editorialmente independiente de su fuente de financiación.
Para más información, póngase en contacto con nquire@rnao.ca.

NQuIRE®

CAPÍTULO

17

RELACIÓN CALIDAD-PRECIO: MEDICIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LOS BPSO EN AUSTRALIA

Rob Bonner
Jennifer Hurley, MHSM, RN, RM
Edith Ho, GradDipBus(AdminMgmt), BNg, RN
Elizabeth Dabars, AM

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Entender el proceso y el impacto de las designaciones de BPSO Host y BPSO Directo en Australia.
- Describir las responsabilidades, beneficios y entusiasmo de convertirse en un BPSO Host.
- Conocer los resultados de la designación de BPSO en Australia en cuanto a pacientes, proveedores de atención, organizaciones y sistemas, en particular los relacionados con los impactos económicos.

INTRODUCCIÓN

Cada día en su práctica, las enfermeras de todo el mundo tienen que compartir buenas y malas noticias con sus pacientes. Tienen que proporcionar la información de una manera que sea accesible a sus pacientes, no enviando señales contradictorias o información poco clara, sino compartiéndola de una manera que satisfaga las necesidades de cada paciente y de sus seres queridos.

Nuestra trayectoria en la medición del análisis económico y los resultados de la práctica basada en la evidencia comenzó para que pudiéramos hacer accesibles los resultados de nuestro trabajo con los pacientes y el público, los financiadores del sistema sanitario, los gobiernos y los burócratas sanitarios. No podemos esperar que personas que no son profesionales de la salud o que no tienen experiencia clínica compartan la cultura de la Enfermería basada en el logro de grandes resultados para nuestros pacientes. Es posible que los grandes resultados que cuestan más no se vean favorecidos en los sistemas sanitarios cada vez más limitados en cuanto a los costes. Sin embargo, existe una creciente aceptación de que una atención más eficaz también puede ahorrar dinero. La prevención de contratiempos, el reingreso en el hospital o la adquisición de enfermedades o complicaciones secundarias, se aceptan como objetivos que deben perseguirse tanto en lo que respecta a la calidad como a los resultados en materia de costes.

Entonces, ¿por qué embarcarse en la exploración de los resultados financieros de nuestras propias trayectorias como Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO)? En primer lugar, como ya hemos descrito, nuestro sistema sanitario está cada vez más dominado por los administradores. Los profesionales clínicos han perdido el control y la influencia de los sistemas sanitarios y hospitalarios con la toma de decisiones está cada vez más influenciada por los presupuestos, el rendimiento financiero y el análisis de datos. El dominio Médico, que tradicionalmente ha desafiado a la Enfermería como disciplina profesional, ha sido reemplazado por estos gestores. Sin embargo, esta nueva dominación viene con la pérdida del enfoque compartido y la experiencia de trabajar directamente con los pacientes, lo que al menos les dio a las enfermeras y los médicos un lenguaje común y un conjunto de objetivos centrados en el paciente.

Esta nueva dominación se refleja en el panorama político, con un debate político cada vez más centrado en el rendimiento económico y fiscal. El debate económico se ha convertido en un fin en sí mismo más que en un instrumento para mantener y apoyar el bienestar y la mejora de la sociedad en general. Cada vez más en Australia, los gobiernos y los directivos de la salud están utilizando las reformas del sistema y la innovación en la práctica para disfrazar o convertirse en el vehículo para los recortes presupuestarios del sistema. Ya sea la combinación de casos como el sistema de clasificación, los modelos de atención dirigidos al consumidor (atención a la discapacidad y a la tercera edad), o incluso la aplicación prevista de guías clínicas de referencia internacional (Transformando la Salud, Australia del Sur), todos ellos se han utilizado como, o han sido, vehículos para la adopción de medidas de ahorro presupuestario.

Esto no es necesariamente algo malo en sí mismo. Si se puede ahorrar mediante la adopción de guías clínicas basadas en la evidencia, que así sea. Sin embargo, nuestro argumento es que la adopción de las guías y su aplicación deben tener prioridad. Si eso resulta en ahorros junto con la expectativa de un mejor cuidado, entonces sería óptimo. En Australia, con demasiada frecuencia se ha visto que las medidas de ahorro presupuestario han impulsado la adopción de guías para dar un manto de corrección clínica a las medidas. De hecho, lo que está haciendo es crear desconfianza entre los profesionales de la salud y la comunidad en general sobre el lenguaje de las buenas prácticas y los enfoques basados en guías, que es lo contrario de lo que deberíamos intentar lograr.

Históricamente, las enfermeras han intentado describir los resultados de su atención mediante afirmaciones o medidas cualitativas. La mejora en la calidad de los resultados y el beneficio y la satisfacción de los pacientes han sido centrales, con varios estudios conocidos que confirman el impacto de la atención de Enfermería

en la morbilidad y la mortalidad de la población de pacientes (Aiken, Rafferty & Sermeus, 2014; Aiken et al., 2017; Barton, Johnson, & Price, 2009; Cheung, Aiken, Clarke, & Sloane, 2008; Twigg, Duffield, Thompson, & Rapley, 2010). La conversión del aprendizaje al impacto económico que tienen las enfermeras está menos desarrollada, aunque en algunos casos es obvia. Medidas que reducen la duración del ingreso hospitalario mediante intervenciones, como los que redujeron la incidencia de úlceras por presión, infecciones del tracto urinario y caídas están bien documentadas (Garrar d, Boyle, Simon, Dunton y Gajewski, 2014; Lloyd, Xiao, Albornos-Muñoz, González-María y Joyce, 2013; Mitchell, Ferguson, Anderson, Sear y Barnett, 2016; VanDeVelde-Coke et al., 2012). El hecho de que haya una reducción de la duración de la estancia repercute claramente en el coste de la asistencia, pero rara vez se cuantifica en los informes.

Nuestra experiencia es que no podemos asumir que los burócratas sanitarios y los políticos entenderán y aceptarán que tales ahorros fluyen de estos mejores resultados clínicos impulsados por la Enfermería. En lugar de ello, deberíamos tratar de cuantificar y declarar explícitamente estos ahorros, cuando existan, para que sean comprendidos por los responsables de la toma de decisiones y puedan influir en ellos. Esto no reduce la necesidad de aplicar enfoques cualitativos. Más bien, en este capítulo argumentamos y demostramos que se añade al panorama y permite una nueva forma de entrar en la discusión sobre la calidad y el valor de las intervenciones de Enfermería con personas de influencia, cuyo interés y lenguaje primario es económico en vez de clínico.

Este capítulo analiza el papel, el trabajo y la trayectoria de la Federación Australiana de Enfermería y Obstetricia (Sede de Australia del Sur) (denominada ANMF [SA Branch] por sus siglas en inglés) como la designación como BPSO Host en Australia, trabajando en asociación con la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) y el gobierno de Australia del Sur, para establecer, desarrollar, implantar y evaluar el impacto y el valor de la práctica basada en la evidencia. Destacamos los desafíos y oportunidades de las etapas iniciales de nuestra trayectoria, incluyendo la obtención de apoyo gubernamental y la atracción de servicios de salud para que se comprometan, inviertan y participen para ser acreditados como BPSO.

A continuación, discutiremos la primera fase de la designación como BPSO, el establecimiento en dos redes de salud pública local de Australia del Sur (a través de múltiples centros y especialidades), y cómo la base de datos de Indicadores de Calidad Enfermera para la Monitorización y la Evaluación (NQuIRE) de RNAO contribuye a la evaluación de los resultados del paciente, el proveedor y la organización. Con ese fin, se presentaron programas piloto para el análisis de los indicadores del rendimiento de los hospitales y de los indicadores nacionales de calidad de la atención, incluyendo la duración promedio de la estancia hospitalaria, las caídas, las lesiones por presión, el uso de contenciones mecánicas, las infecciones del tracto urinario y otros indicadores que se sabe que son sensibles a la práctica y las intervenciones de la Enfermería.

Reconocemos que existe una gran cantidad de afirmaciones y medidas cualitativas que describen los resultados de salud y los beneficios de la atención de Enfermería. Sin embargo, convertir estas medidas en ahorros cuantificables que apoyen el valor económico de la Enfermería y la práctica basada en la evidencia parece ser una laguna en la investigación. Con el fin de proporcionar un argumento a favor de una financiación sostenida de la designación de BPSO australiana y demostrar los beneficios económicos del programa, la ANMF (SA Branch), en su calidad de BPSO Host nacional, ha trabajado para establecer, cuantificar y calcular las ganancias financieras obtenidas a partir de una sólida práctica basada en la evidencia y la mejora de los resultados de los pacientes.

La evaluación demuestra mejoras muy significativas, no solo con la satisfacción de los pacientes y las enfermeras, sino también a nivel de sistema, con pruebas de una mayor eficiencia y rendimiento financiero. Estas demostraciones convencieron a las autoridades financieras del valor del programa, lo que resultó en la expansión de la designación de BPSO. La evaluación económica de la designación australiana como BPSO y sus resultados proporciona un modelo para la medición de los impactos financieros de la atención de Enfermería, que es cada vez más importante dentro de un sistema con contenciones financieras.

ANTECEDENTES DE LA ANMF

La ANMF (SA Branch) es la organización profesional e industrial más grande que representa a enfermeras, matronas y auxiliares de Enfermería en Australia del Sur. Cultivamos y promovemos prácticas de Enfermería y obstetricia basadas en el conocimiento y promovemos la calidad de la vida laboral y la excelencia en el desarrollo profesional. La organización tiene un papel importante en la defensa, influencia y promoción de la profesión, práctica y política de Enfermería y obstetricia.

En el sur de Australia, la ANMF (SA Branch) ha presionado continuamente para mejorar la atención y la seguridad de los pacientes y está comprometida con la promoción de la integración de la práctica basada en la evidencia y la provisión de entornos laborales saludables en todos los sectores de la atención sanitaria. A través de la creación de redes de la organización para mejorar la práctica basada en la evidencia en Australia del Sur, la ANMF (SA Branch) se comprometió con RNAO y se sintió atraída por la designación de BPSO. El 2 de marzo de 2012, la ANMF (SA Branch) firmó un acuerdo con RNAO para convertirse en BPSO Host y liderar el desarrollo e implantación de la designación de BPSO en Australia. En abril de 2012, ANMF (SA Branch) finalizó un contrato con el Departamento de Salud y la Tercera Edad de Australia del Sur para proporcionar financiación para el programa, así como para otorgar permiso para utilizar dos de sus centros para facilitar la adopción del programa en Australia del Sur.

ANMF (SA BRANCH): EL BPSO HOST AUSTRALIANO

Una vez firmado el acuerdo con RNAO, la ANMF (SA Branch) se convirtió en el segundo Host internacional de la designación de BPSO de RNAO (siendo el Gobierno de España el primero). Esto permitió a la ANMF (SA Branch) adaptar el programa al contexto australiano. En nuestro papel como Host designado, dirigimos y somos responsables de los BPSO dentro de Australia, además de trabajar directamente con RNAO y su red.

Como BPSO Host australiano, seleccionamos, asesoramos y apoyamos a las organizaciones de atención sanitaria para lograr la designación de BPSO mediante la implantación, difusión y evaluación de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO. Además, facilitamos el establecimiento y desarrollo de una red de Líderes de BPSO para la transferencia e intercambio de conocimientos. A través de reuniones periódicas, informes y foros de intercambio de conocimientos, supervisamos y proporcionamos informes a RNAO con actualizaciones de los BPSO, así como una visión general de los éxitos, retos, preguntas y cuestiones de la designación de BPSO en Australia. Como parte de nuestra participación con los indicadores NQuIRE de RNAO, facilitamos el ingreso trimestral de datos de indicadores estructurales, de proceso y de resultados al proporcionar sesiones de formación de usuarios, tutorías y asociaciones con RNAO y los BPSO para garantizar la integridad, precisión y acuerdo de los datos sobre definiciones comunes.

REFLEXIÓN

Considere los primeros procesos utilizados en el desarrollo del modelo de BPSO Host en Australia e identifique los factores relacionados con los principios científicos de la implantación que contribuyeron a su éxito.

A cambio, RNAO ofrece asesoramiento y consultas gratuitas de expertos sobre la difusión, implantación, aceptación, sostenibilidad y evaluación de las guías. Esto incluye todos los materiales relacionados con la convocatoria de propuestas, la puntuación de las solicitudes y los materiales de formación, lo que permite una coherencia total de este programa de renombre internacional.

Uno de nuestros aprendizajes clave es la importancia de poder participar activamente y formar parte del equipo de implantación. Estamos involucrados en la dirección de los cursos y talleres de designación de BPSO a nivel local y en la prestación de apoyo continuo al Comité Directivo, al Líder del BPSO y a las enfermeras y matronas en primera línea.

EL MODELO DE BPSO AUSTRALIANO

Desde 2012, la designación australiana de BPSO se ha ampliado. Actualmente tenemos cuatro centros de la red de sanidad pública que participan en el Programa: dos BPSO designados, Central Adelaide Rehabilitation Services (CARS, también conocido como Hampstead Rehabilitation Centre [HRC]) y Northern Adelaide Local Health Network (NALHN), y dos BPSO predesignados, Central Adelaide Local Health Network Mental Health Directorate (MHD) y Women's and Children's Health Network (WCHN). En la Figura 17.1 se muestra el modelo de BPSO australiano adaptado, que representa las estructuras que se han establecido para apoyar y posibilitar la implantación de la designación de BPSO y de las Guías, con un Promotor Ejecutivo y la apropiación a nivel local.

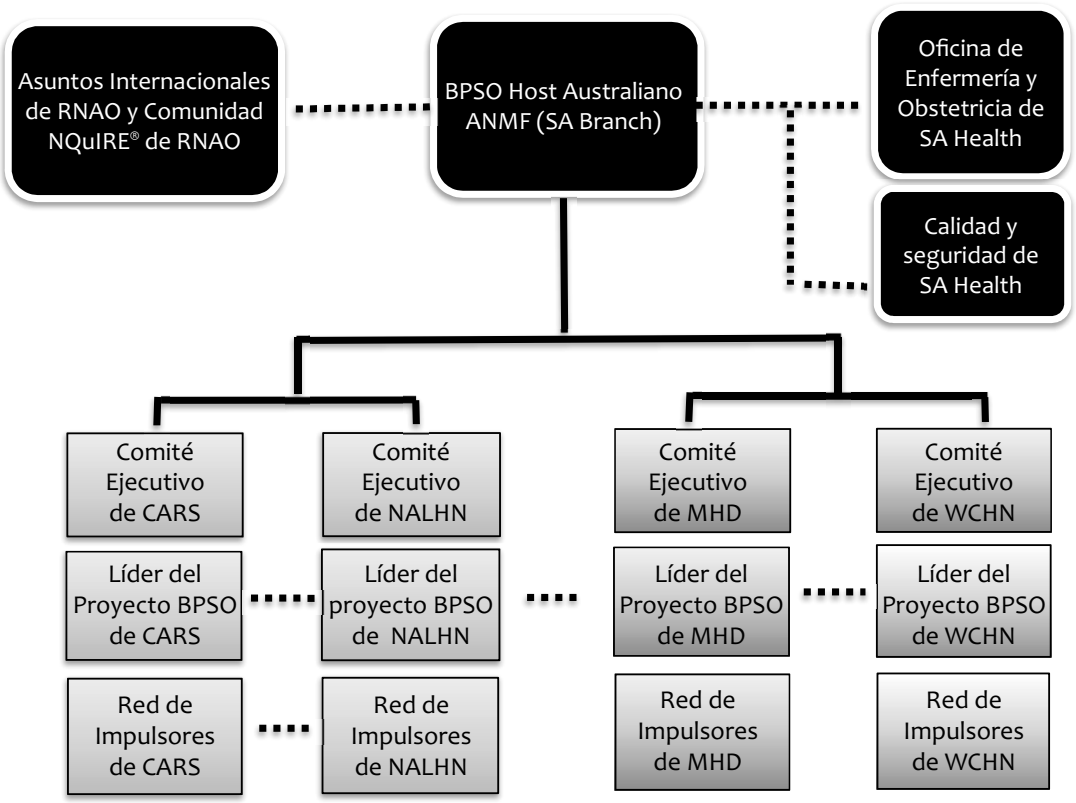


FIGURA 17.1 Estructura de gobierno y de implantación del BPSO australiano a partir de junio de 2017.
©Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

LOS COMIENZOS DEL MODELO BPSO HOST

En abril de 2012, se estableció el Comité Directivo del Proyecto BPSO para proporcionar un liderazgo y una gestión globales. El Comité Directivo es responsable de la designación del Director del Programa del BPSO y de la selección de los centros candidatos a BPSO. El Comité Directivo del BPSO evalúa y supervisa

el progreso de los centros BPSO para asegurar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y asegurar que se cumplan los requisitos claves de los centros candidatos y designados, que se logren los hitos clave y que se implanten estrategias para mitigar los riesgos potenciales.

En Australia, el gestor del programa de BPSO trabaja en colaboración con el Gobierno de Australia del Sur, las Redes Locales de Sanidad, los Directores Ejecutivos, los Directores de Enfermería/obstetricia y los Líderes de BPSO. El papel de liderazgo de este gestor del Programa de BPSO, vital para el éxito del programa, incluye:

- Consultas con los centros piloto para seleccionar las guías adecuadas y relevantes que serán implantadas.
- Prestación de educación y formación a los líderes de los BPSO y a los impulsores de la práctica.
- Gestión y coordinación de programas.
- Prestación de apoyo y asesoramiento durante todo el proyecto.
- Establecimiento de los foros de intercambio de conocimientos de los BPSO de Australia.
- Establecimiento de reuniones periódicas de consulta con RNAO para apoyar y asesorar sobre el proyecto.

REFLEXIÓN

¿Cómo cree que estas actividades clave del líder del BPSO Host influyeron en el éxito de la primera fase de la designación de BPSO en Australia y ayudaron a su difusión? ¿Cómo podría modificar estas actividades para que formen parte de una descripción de funciones del líder BPSO en su centro?

COMITÉ ASESOR DEL PROYECTO BPSO AUSTRALIANO

En febrero de 2013, se estableció el Comité Asesor del Proyecto BPSO para proporcionar orientación y asesoramiento al Gestor del Programa sobre el marco de evaluación y los aprendizajes de BPSO. El Comité Asesor del Proyecto, que depende del Comité Directivo de BPSO, está compuesto por representantes de la Oficina de Enfermería y Obstetricia de Salud de Australia del Sur, de la Unidad de Seguridad y Calidad y de los ejecutivos de Enfermería y obstetricia, así como por representantes de las universidades de Australia del Sur, de los centros del proyecto BPSO y de la ANMF (SA Branch).

ADAPTACIÓN DE LA DENOMINACIÓN "BPSO DE RNAO" AL CONTEXTO AUSTRALIANO

La adaptación del modelo BPSO de RNAO al contexto australiano requería una comunicación sobre cómo este modelo de éxito internacional era realmente diferente de los modelos de cambio anteriores. El uso de la filosofía de RNAO permitió el establecimiento de un diálogo significativo y el compromiso con centros potenciales a través de las cinco redes locales de salud en Australia del Sur.

Como parte del periodo de candidatura de tres años de BPSO, los centros BPSO deben implantar un mínimo de tres Guías de Buenas Prácticas Clínicas y completar con éxito todas las actividades exigidas por RNAO y ANMF (SA Branch) para acceder al estatus de BPSO designado. Esto incluye el establecimiento de la red de impulsores de buenas prácticas: formar y contratar a un mínimo del 15% de la fuerza laboral total de Enfermería y obstetricia en el sector agudo para que se conviertan en impulsores de cada Guía en todos los centros. Además de las tres Guías Clínicas seleccionadas en cada centro, la ANMF (SA Branch) apoyó la implantación de la designación de BPSO con las Guías complementarias de RNAO sobre entornos laborales saludables para promover el liderazgo de la atención directa al lado de la cama. Cada una de las Guías y materiales educativos de RNAO seleccionados se contextualizó para reflejar la legislación, la población, la práctica y el sistema de salud de Australia del Sur.

Es importante señalar que las Guías de RNAO se compararon con los Estándares Nacionales Australianos de Seguridad y Calidad de los Servicios de Salud para asegurar que las iniciativas estuvieran alineadas con las prioridades y metas de las redes de salud estatales y locales y con los estándares nacionales de calidad que mejoran los resultados de salud, la eficiencia y la efectividad del sistema. Esto proporcionó medidas para evaluar la designación de BPSO en Australia.

FASE 1: PROGRAMA PILOTO DE BPSO, 2012-2015

El proyecto piloto de designación de BPSO se extendió por un periodo de 3 años. Se estructuró para ajustarse al contexto australiano y proporcionar datos a nuestros financiadores gubernamentales para demostrar su impacto. A continuación, se describen las actividades específicas llevadas a cabo durante la primera fase.

Selección de los BPSO australianos

Las redes locales de salud interesadas presentaron propuestas para participar en la designación de BPSO y dos centros fueron finalmente seleccionados para comenzar su candidatura de tres años. Los dos candidatos fueron Central Adelaide Rehabilitation Services (CARS) y Northern Adelaide Local Health Network (NALHN).

Establecimiento de la estructura local australiana de gobierno y liderazgo de la designación de BPSO

Al igual que la estructura australiana de BPSO, los dos centros establecieron estructuras locales de liderazgo y gestión. Los Comités Directivos de BPSO de la Red Local de Salud proporcionaron liderazgo ejecutivo e impulsaron el establecimiento, la implantación y la evaluación de la designación de BPSO. Ambos centros trabajaron en colaboración con el Gestor del Programa del BPSO y los ejecutivos de la red de salud local.

Durante la Fase 1, los centros candidatos a BPSO seleccionaron las Guías de Buenas Prácticas de RNAO basándose en una serie de factores, entre los que se incluyen las prioridades y objetivos estratégicos del Gobierno de Australia del Sur y de la Red Local de Salud. En las auditorías realizadas en toda la organización se detectaron lagunas en los conocimientos prácticos y los procedimientos, que determinaron las tres esferas prioritarias para la designación inaugural de BPSO. El compromiso del Consejo Asesor del Consumidor dio como resultado la promoción de la designación como BPSO, ya que promovía la asociación y el valor de los consumidores en la atención sanitaria. Los grupos de trabajo sobre guias nacionales de seguridad y calidad de los servicios de salud establecidos en las redes locales de salud apoyaron la incorporación e inclusión de la designación como BPSO y de las tres Guías Clínicas seleccionadas, lo que dio como resultado la estandarización de la evaluación, la documentación, los procedimientos, los procesos, las prácticas y las políticas.

Líderes del BPSO australiano

En ambos centros se contrató a los líderes de BPSO para liderar la implantación del programa. Trabajando en colaboración con el Gestor de Programa de BPSO, el líder del BPSO también trabajó en estrecha colaboración con los grupos de trabajo existentes, los comités dentro del hospital, la red de salud local y el gobierno a lo largo del proyecto. Junto con los ejecutivos, ambos líderes BPSO participaron en el curso de aprendizaje de BPSO en Australia para mejorar el conocimiento, las habilidades y la experiencia en los vínculos entre la investigación, la formación, la práctica basada en la evidencia y la atención de calidad al paciente, residente y persona. Un elemento clave del instituto de aprendizaje es el modelo de gestión de la transferencia de conocimientos y el cambio, así como las herramientas y recursos para crear, innovar y sostener el cambio a fin de facilitar la implantación y adopción del programa.

Cada centro desarrolló y promulgó un plan de proyecto de 3 años que identificó las estrategias, acciones, recursos, requisitos e hitos clave para apoyar la implantación y sostenibilidad de la designación como BPSO.

Impulsores de las buenas prácticas de BPSO australianos

El papel de los impulsores de las buenas prácticas es fundamental para la implantación de la designación como BPSO, tal y como se establece en el contrato formal. Para convertirse en impulsores, las enfermeras y otros profesionales de la salud participan en talleres de orientación diseñados para proporcionarles estrategias para defender las Guías de Buenas Prácticas en su organización y unirse a la Red de Impulsores de Buenas Prácticas. El modelo de impulsores está bien establecido en la literatura de RNAO como un modelo eficaz de transferencia de conocimientos para incorporar la evidencia en la práctica (Garrard 2014; Hewitt-Taylor, 2013; VanDeVelde-Coke et al., 2012). A través de reuniones mensuales, los impulsores comparten sus aprendizajes y experiencias, exploran nuevas oportunidades y apoyan la difusión del conocimiento, las prácticas locales y los cambios culturales que se basan en el más alto nivel de evidencia.

REFLEXIÓN

Considere cómo la relación entre la Red de Impulsores de las Guías y el liderazgo de los puntos de atención afecta la adopción de las Guías y la calidad de la atención.

FASE 2: DESIGNACIÓN DEL BPSO, 2015-2018

Los logros de la Fase 1 de la designación de BPSO, utilizando el modelo pionero de buenas prácticas de BPSO, han apoyado el enfoque ascendente para el cambio y han facilitado la transferencia de conocimientos basados en la evidencia. Ha permitido a las enfermeras y matronas de primera línea liderar, influenciar e incorporar cambios en las prácticas a nivel local. El análisis económico también ha permitido a la evaluación del proyecto BPSO cuantificar los beneficios en valor en dólares, que se analizarán más adelante en este capítulo.

En enero de 2016, en la fase 2 de nuestras actividades de BPSO Host, comenzaron su andadura como BPSO el Central Adelaide Local Health Network Mental Health Directorate y el Women's and Children's Health Network.

Centro 3: Central Adelaide Local Health Network Mental Health Directorate (MHD)

El MHD ofrece una variedad de servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y comunitarios, incluyendo servicios de salud mental para pacientes agudos, de recuperación y especializados en la región de Adelaida. Contiene 100 camas para pacientes hospitalizados agudos y 16 camas para personas mayores con problemas de salud mental, ubicadas en tres campus diferentes. Las tres Guías seleccionadas para ser implantadas por MHD son:

- *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* (RNAO, 2012a)
- *Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida* (RNAO, 2009)
- *Cuidados centrados en la persona y la familia* (RNAO, 2015)

Centro 4: Women's and Children's Health Network (WCHN)

El WCHN proporciona una variedad de servicios obstétricos y de maternidad, especializados para mujeres, bebés, niños y adolescentes. Contiene 295 camas para pacientes hospitalizados agudos, servicios de salud mental y servicios comunitarios para la familia. Las tres Guías seleccionadas para ser implantadas por WCHN son:

- *Cuidados centrados en la persona y familia* (RNAO, 2015)
- *El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial* (RNAO, 2012c)
- *Continuidad de cuidados* (RNAO, 2014)

IMPLANTACIÓN DEL BPSO Y DE LAS GUÍAS

El proceso de implantación de las Guías a través de los niveles organizacional, formativo y práctico está guiado y descrito por la *Herramienta: Implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (2012b) de RNAO. La herramienta de RNAO es un manual de recursos completo para los equipos que son responsables de la implantación de las Guías en su organización. Se basa en la teoría, la investigación y la experiencia, y se centra para su uso a nivel organizativo o departamental a través de un proceso sistemático. La herramienta se utilizó en ambos centros como documento guía para el cambio y la implantación de las Guías.

CENTRO PILOTO 1 DE LA FASE 1: CENTRAL ADELAIDE REHABILITATION SERVICE (CARS)

CARS proporciona servicios de rehabilitación especializados en todo el estado para personas que están gravemente afectadas por lesiones cerebrales adquiridas, quemaduras graves, lesiones de la médula espinal y multitraumatismos, accidentes cerebrovasculares, afecciones ortopédicas, amputaciones y desacondicionamiento físico. CARS tiene servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios y comunitarios, y está compuesto de 124 camas de rehabilitación para pacientes hospitalizados, un programa de rehabilitación en el hogar y programas de rehabilitación para pacientes ambulatorios y comunitarios. El modelo de atención tiene como objetivo maximizar el nivel de función e independencia de un individuo a través de la terapia física y no física con un enfoque de equipo multidisciplinario. El equipo multidisciplinario trabaja para desarrollar y coordinar un conjunto de objetivos basados en las necesidades psicosociales, de salud, formativas, recreativas y vocacionales del individuo.

Las tres Guías de Buenas Prácticas de RNAO seleccionadas y aplicadas con éxito son las siguientes:

- *Cuidados centrados en el paciente* (RNAO, 2006a)
- *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* (RNAO, 2012a)
- *Atención y apoyo a las familias ante circunstancias previsibles e inesperadas* (RNAO, 2006b)

CENTRO PILOTO 2 DE LA FASE 1: NORTHERN ADELAIDE LOCAL HEALTH NETWORK (NALHN)

NALHN proporciona una amplia gama de servicios de salud para las personas que viven en el área metropolitana del norte de Adelaida y abarca el:

- Hospital Lyell McEwin y el Hospital Modbury
- Servicios de atención primaria de salud, subaguda y de transición
- Servicios de salud para los aborígenes
- Servicio de Salud Mental de Northern

El Hospital Lyell McEwin es un hospital público de enseñanza especializada con 336 camas que ofrece una amplia gama de servicios intensivos, coronarios, médicos, quirúrgicos, de maternidad, pediátricos, de salud mental, de diagnóstico, de emergencia y de apoyo de alta calidad. El Hospital Modbury es un hospital universitario de cuidados intensivos con 174 camas que ofrece servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia.

El modelo de atención de NALHN se centra en el proceso del paciente, los entornos seguros, la enseñanza e investigación clínica, la sostenibilidad y el fomento de la innovación y las buenas prácticas.

Las tres Guías de RNAO seleccionados por NALHN son:

- *Cuidados centrados en el paciente* (RNAO, 2006a)
- *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a)
- *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b)

REFLEXIÓN

¿Cómo cree usted que el cambio en la propiedad de la práctica por parte de las enfermeras conduce a un compromiso positivo y a la capacidad de influir en los resultados positivos?

EVALUACIÓN DE LOS BPSO DE LA FASE 1

La designación de BPSO australiana ha sido evaluada ampliamente en términos del impacto global en la organización y los efectos de la incorporación de prácticas y culturas basadas en la evidencia. También se ha evaluado en términos de las recomendaciones de las Guías y cómo mejoran la atención al paciente y enriquecen las prácticas profesionales de enfermeras y matronas. El sistema de base de datos integral NQuIRE de RNAO se utilizó ampliamente en nuestros procesos de evaluación.

MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS DE PACIENTES, PROVEEDORES DE ATENCIÓN Y ORGANIZACIONES MEDIANTE EL USO DE NQUIRE

Con el objetivo de monitorizar y evaluar el impacto del Programa de Fase 1 de los BPSO australianos, la evaluación se llevó a cabo en consulta con el Gobierno de Australia del Sur y las Unidades de Seguridad y Calidad de las Redes Locales de Salud de Australia del Sur. Para analizar y evaluar los cambios en la práctica, se utilizaron las medidas de rendimiento de los datos del hospital, los indicadores de seguridad y calidad sensibles a las enfermeras y los indicadores estructurales, de proceso y de resultados de NQuIRE.

NQuIRE ha sido desarrollado por RNAO para permitir a los BPSO monitorizar y evaluar sistemáticamente su progreso y resultados y medir y comparar indicadores estructurales, de proceso y de resultados para organizaciones "similares" a nivel individual de sala y unidad para cada uno de los BPSO. Los indicadores NQuIRE han facilitado el desarrollo y la contextualización del modelo de evaluación de los BPSO australianos. En reconocimiento de la capacidad y el desarrollo futuro de la base de datos NQuIRE de RNAO, se obtuvo la aprobación ética (HREC-14-SAH-21) a través del Comité de Ética de la Investigación en Salud Humana de Australia del Sur, que permitió la comparación internacional y la contribución a la investigación práctica basada en la evidencia.

MARCO, MODELO Y HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DEL BPSO AUSTRALIANO

Al construir el marco, el BPSO Host australiano, las redes locales de salud y los BPSO revisaron los indicadores internacionales, nacionales y estatales que influyen en los resultados de los pacientes y la Enfermería. Esto condujo al desarrollo del marco conceptual Persona-Organización-Práctica, que se muestra en la Tabla 17.1, el cual incorpora mediciones cualitativas y cuantitativas que se alinean con las agendas de la sanidad de Australia del Sur sobre políticas, seguridad, calidad y reformas.

TABLA 17.1. MARCO CONCEPTUAL DE PERSONA-ORGANIZACIÓN-PRÁCTICA

DATOS PERSONALES	DATOS INSTITUCIONALES	PRÁCTICA
Encuestas en el momento del alta específicas de los cuidados centrados en el paciente	Indicadores estructurales OBD N/ MHPPD Skill Mix	Porcentaje de personal de Enfermería y obstetricia formado en un área específica de la Guía, como cuidados centrados en el paciente, alternativas a las contenciones, etc.
Testimonios y sugerencias de pacientes	Datos de seguridad y calidad de SA Health	Encuestas específicas de las Guías que sirven de punto de referencia para las perspectivas del personal
Asociación con grupos asesores de consumidores y voluntarios		Consultas con los grupos interesados (retroalimentación en curso del Comité Directivo y Asesor)

Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

La evaluación de la designación del BPSO australiano se diseñó para examinar las siguientes preguntas y la relación entre ellas (ver la Figura 17.2):

- ¿La implantación de la Guía ha cambiado las actitudes, creencias y conocimientos del personal?
- ¿Ha cambiado la práctica?
- ¿Ha logrado los resultados esperados?

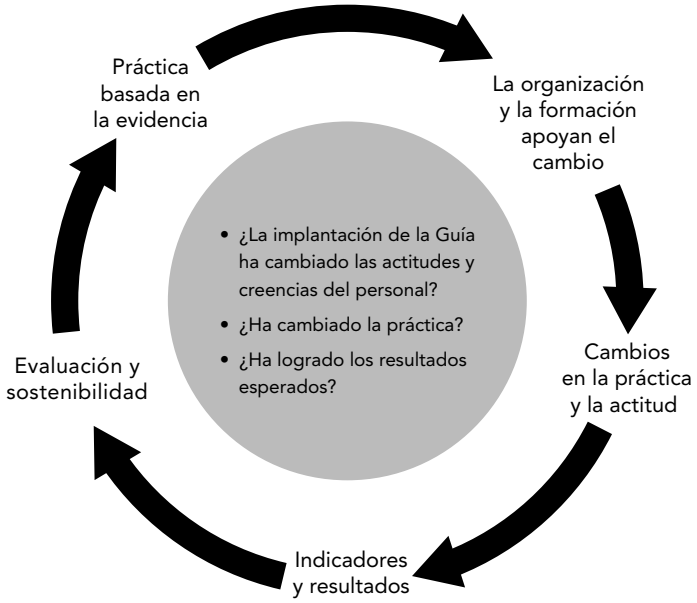


FIGURA 17.2 Modelo de evaluación de la designación de BPSO australiano.
©Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Herramientas cuantitativas

De acuerdo con el modelo de evaluación, y con el fin de recopilar datos para responder a preguntas relacionadas con la persona, la organización y la práctica, se desarrollaron y administraron una serie de herramientas cuantitativas, tal como se describe en las siguientes secciones.

Herramienta 1: Encuesta a los impulsores de la práctica de BPSO

Se llevaron a cabo revisiones de la literatura sobre el papel de los impulsores de la práctica en un contexto de gestión del cambio y se identificó que las actitudes y creencias de enfermeras y matronas son integrales para la implantación exitosa de las Guías (Price, 2015; RNAO, 2015; VanDeVelde-Coke et al., 2012). La confianza de las enfermeras y de las matronas en trabajar de una manera nueva afecta a su aceptación de los cambios propuestos. Por lo tanto, "considerar cómo las personas percibirán y se verán afectadas por una innovación" es fundamental para que el cambio tenga éxito (Hewitt-Taylor, 2013, p. 35). Además, la literatura indicó que el nivel de apoyo ofrecido a los agentes de cambio es fundamental para mantener los cambios de actitud (Maben et al., 2012).

En resumen, sin estas estrategias probadas y sin apoyo organizacional, la literatura afirma claramente que las innovaciones o nuevas formas de trabajo a menudo fracasarán si se pasan por alto o no se abordan los grandes obstáculos de actitud en la Enfermería y obstetricia. En ausencia de herramientas relevantes para medir el impacto actitudinal de cada Guía, se desarrollaron y validaron encuestas para apoyar la evaluación. El objetivo de la encuesta de los impulsores de prácticas era determinar la actitud y el nivel de conocimiento de un individuo antes y después de los talleres de BPSO sobre cada Guía seleccionada. Para permitir esta comparación y medir el impacto del taller específico de los impulsores de práctica, se realizaron dos encuestas antes y después del taller. Las encuestas se componían de una serie de declaraciones de actitud y se pidió a los participantes que calificaran su nivel de acuerdo con esas declaraciones, que iban desde 0 para indicar que estaban totalmente en desacuerdo, hasta 10 para indicar que estaban totalmente de acuerdo.

Herramienta 2: Encuesta sobre la experiencia del consumidor

Con el fin de evaluar las interacciones y los niveles de satisfacción entre el personal de Enfermería y obstetricia y los consumidores, así como para cumplir los requisitos de NQuIRE, se desarrolló la herramienta de encuesta de experiencia del consumidor. La encuesta investigó la experiencia del paciente en la atención a través de los dominios reconocidos de NQuIRE y cómo su experiencia se relaciona con la implantación de las recomendaciones de la Guía *Atención centrada en el paciente* (RNAO, 2006a). La encuesta se entregó a los pacientes (o a la persona designada por ellos) al ser dados de alta con un sobre prepagado.

Herramienta 3: Encuesta al personal de Enfermería: alternativa a las contenciones

La revisión de la literatura sobre el uso de alternativas a las contencciones mostró que el conocimiento, además de la comprensión de cómo y cuándo aplicar las alternativas de contención, es fundamental para establecer y mantener un entorno de práctica libre de contenciones (Barton, Johnson, & Price, 2009; Fariña-López et al., 2014; RNAO, 2012a). Por esta razón, como parte del proceso de evaluación, se desarrolló una encuesta para medir el conocimiento, la actitud y la confianza del personal sobre cuándo y cómo aplicar alternativas a las contenciones. Se llevó a cabo un análisis de subgrupos para evaluar la eficacia del taller de impulsores de la práctica del BPSO. Esta encuesta fue administrada a todo el personal de Enfermería de la unidad de salud, con una tasa de respuesta del 47%.

Medidas cualitativas

Una vez más, de acuerdo con el Modelo de Evaluación y para responder plenamente a las preguntas de la evaluación, se utilizaron grupos focales y entrevistas para recopilar datos cualitativos, como se describe en las secciones siguientes.

REFLEXIÓN

¿Cuáles son, en su opinión, los beneficios de llevar a cabo la evaluación de la implantación de las Guías utilizando indicadores de estructura, proceso y nivel de resultados? ¿Hasta qué punto se llevó a cabo esto en la experiencia australiana?

Medida 1: Grupo focal de BPSO australiano

El grupo focal de BPSO capturó la experiencia de los impulsores de la práctica y ayudó a facilitar la transferencia de conocimientos entre pares. El grupo focal se reunió en julio de 2014 con el objetivo de evaluar cómo veían los impulsores de la práctica la designación de BPSO y su trayectoria en el proceso de implantación de las Guías

Medida 2: Entrevistas al BPSO

RNAO hace hincapié en la importancia del liderazgo en todos los procesos de implantación de las Guías. Por *liderazgo*, RNAO se refiere a los líderes en todos los niveles, incluyendo consumidores, enfermeras y exdirectivos (Edwards & Grinspun, 2011; RNAO, 2004; RNAO, 2013). RNAO recomienda que los impulsores de la práctica y la red sean establecidos y respaldados por el equipo de liderazgo para facilitar y servir de modelo de cambio cultural al lado de la cama del paciente. Además, esto sugiere que la cultura de liderazgo en un ambiente de práctica sirve como un vínculo vital entre la práctica clínica al lado de la cama y la alta gerencia (RNAO, 2012b). Así, se llevaron a cabo entrevistas en vídeo cualitativas con todos los ejecutivos del BPSO, los líderes, el consejo asesor del consumidor y los grupos de trabajo.

BPSO FASE 1: RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

Para el propósito de esta sección, nos centraremos en la evaluación de la designación de BPSO australiano en CARS, el centro inaugural que ha implantado con éxito las Guías Clínicas y de entornos laborales saludables de RNAO y que ha alcanzado el estatus de centro designado.

¿LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS HA CAMBIADO LAS ACTITUDES, CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL?

A continuación, se discuten los resultados de las medidas cualitativas y cuantitativas administradas para abordar esta cuestión.

Encuesta para el impulsor de la práctica sobre el cuidado centrado en el paciente (Herramienta 1)

Las encuestas a los impulsores de la práctica de cuidados centrados en el paciente (CCP) se llevaron a cabo durante un periodo de 8 meses. Sus principales resultados se muestran en la Figura 17.3.

Los resultados de la encuesta ilustran claramente el impacto positivo de los talleres de los impulsores de la práctica de cuidados centrados en el paciente. El análisis encontró que en general, los talleres mejoraron el conocimiento y la comprensión de los impulsores de la práctica de cuidados centrados en el paciente, impactaron significativamente su confianza y creencia en la implantación de la práctica basada en la evidencia y aumentaron su creencia de que la participación activa de los pacientes y de sus familias resulta en una atención segura del paciente y mejores resultados.

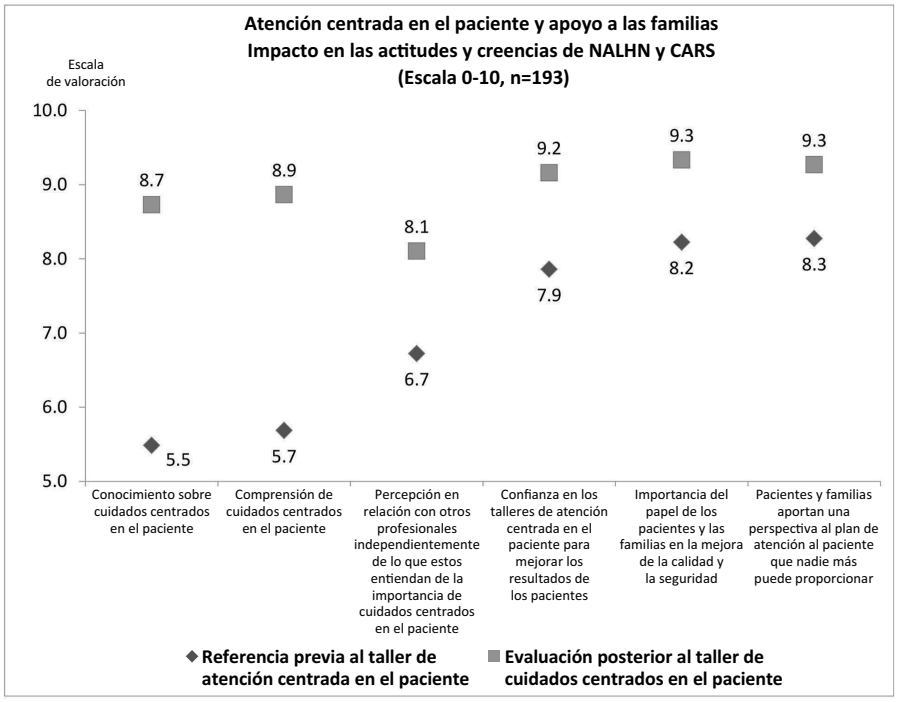


FIGURA 17.3 Resultados de las encuestas de los impulsores de la práctica del cuidado centrado en el paciente (CCP): mayo-diciembre de 2014.
Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Mejor conocimiento, comprensión y percepción de los cuidados centrados en el paciente:

- El conocimiento de los impulsores de la práctica sobre los cuidados centrados en el paciente mejoró de una puntuación media de 5,5 sobre 10 antes del taller a 8,7 después del taller. Esto representa mejoras estadísticamente significativas ($p < 0{,}001$).
- La comprensión de los impulsores de la práctica de los cuidados centrados en el paciente también mejoró de 5,7 de cada 10 antes del taller a 8,9 después del taller. Esto representa mejoras estadísticamente significativas ($p < 0{,}001$).
- La percepción de los impulsores de la práctica de los cuidados centrados en el paciente también mejoró, pasando de 6,7 de cada 10 antes del taller a 8,1 después del taller. Esto representa mejoras estadísticamente significativas ($p < 0{,}001$).

Mayor confianza en los cuidados centrados en el paciente, lo que mejora los resultados de los pacientes:

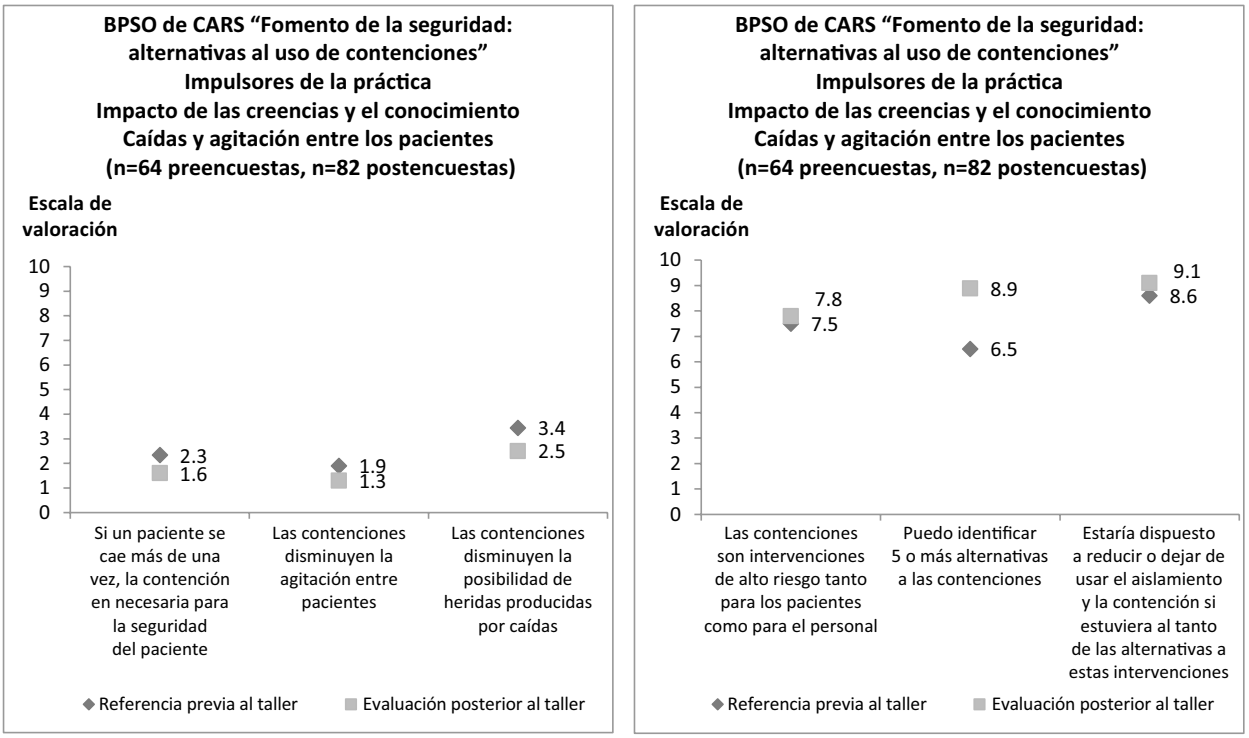
- La confianza de los impulsores de la práctica en que los cuidados centrados en el paciente mejoran los resultados de los pacientes aumentó de 7,9 de cada 10 antes del taller a 9,2 después del taller ($p < 0{,}001$).

Mayor conocimiento de la necesidad de hacer partícipes e involucrar a los pacientes y a sus familias en todos los aspectos de la atención:

- La creencia de los impulsores de la práctica de que la participación de los pacientes y sus familiares mejorará la seguridad del paciente y la calidad de la atención aumentó de 8,2 de cada 10 antes del taller a 9,3 después del taller.
- La actitud de los impulsores de la práctica de involucrar a los pacientes y sus familias como participantes activos en la atención aumentó de 8,3 de cada 10 antes del taller a 9,3 después del taller.

Promoción de la seguridad: Encuesta para los impulsores de la práctica sobre alternativas a las contenciones (Herramienta 1)

Esta encuesta buscó medir el efecto de los talleres relacionados con la Guía *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* (RNAO, 2012a), realizados antes de la implantación de la Guía. Los resultados se ilustran en las Figuras 17.4a y 17.4b. El análisis ha demostrado que los talleres han mejorado el conocimiento y la comprensión de los impulsores de la práctica en cuanto a la promoción de la seguridad y el uso de contenciones, su capacidad para identificar alternativas, su comprensión de que las contenciones son intervenciones de alto riesgo y su creencia de que el compromiso con los pacientes y sus familias es importante en el uso de las contenciones. En resumen, los cambios notables en el conocimiento, la comprensión y la actitud son esenciales para una implantación de éxito de las recomendaciones de las guías.



FIGURAS 17.4A Y 17.4B Encuestas a los impulsores de la práctica de CARS.
Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Grupo focal del BPSO (Medida 1)

Un grupo de discusión semiestructurado de los impulsores del BPSO fue moderado por los líderes del BPSO y el administrador de Programa de BPSO (ver Figura 17.5). A los participantes de los grupos focales se les hicieron las siguientes preguntas:

- ¿Qué ha experimentado a lo largo de su trayectoria como BPSO?
- ¿Cuál cree que es la diferencia del Proyecto BPSO?
- ¿Qué significa BPSO para usted?

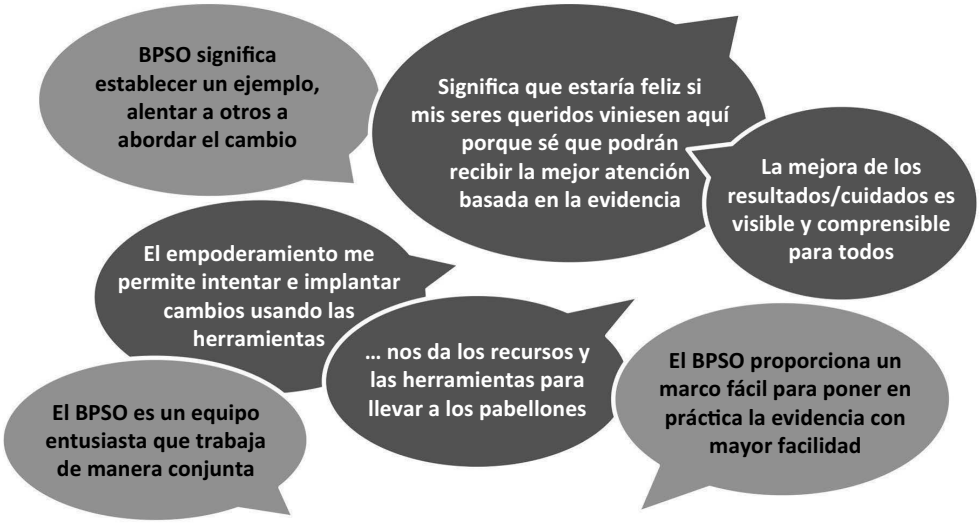


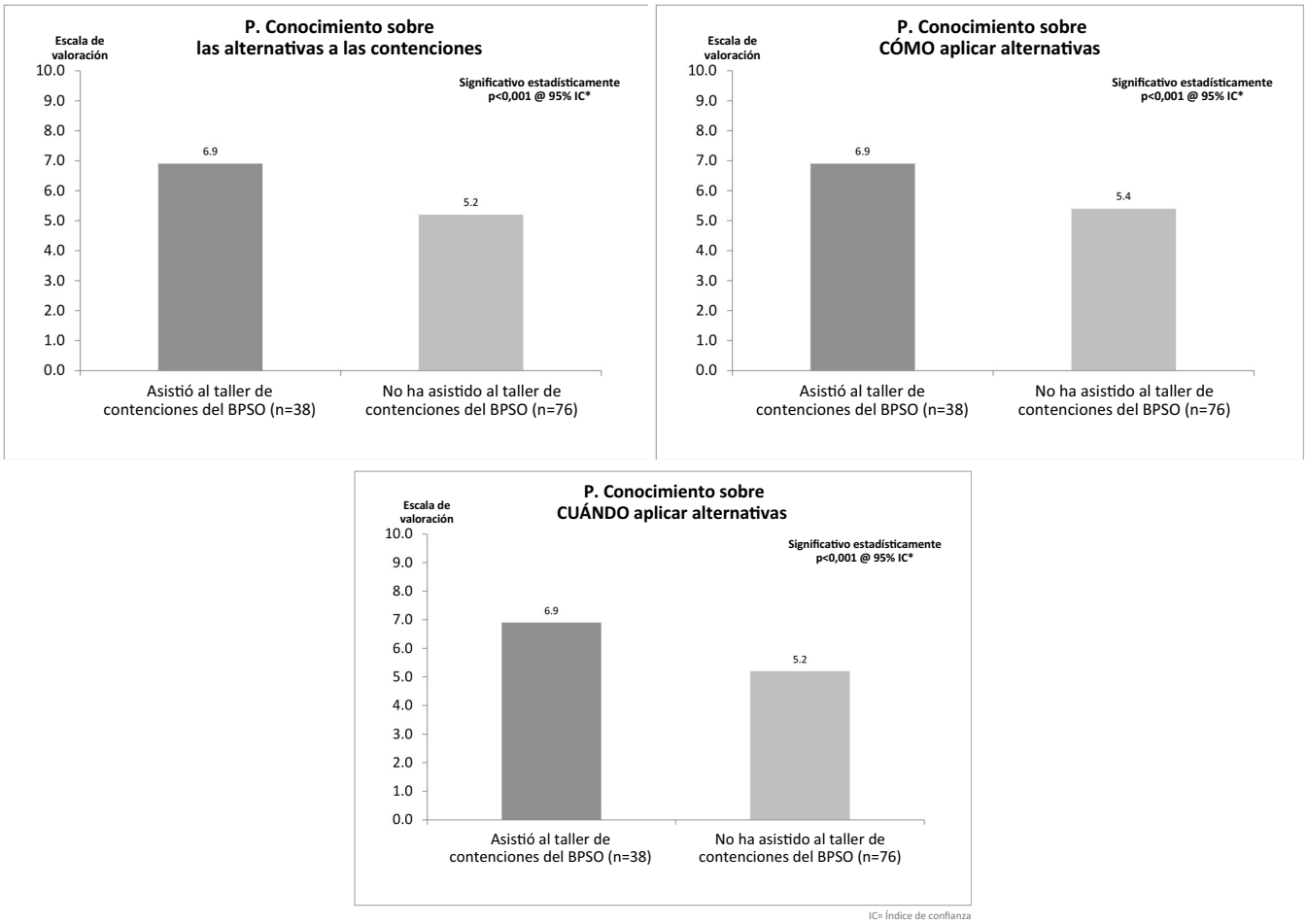
FIGURA 17.5 Respuestas de los grupos focales del BPSO.
Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Los temas clave que surgieron del grupo focal son:

- La designación como BPSO ha facultado a los impulsores de la práctica para liderar e innovar en el cambio de prácticas utilizando las últimas investigaciones y pruebas.
- Los impulsores de la práctica se refirieron comúnmente a su trayectoria reflexiva a lo largo del proceso de implantación de la Guía como una vía que los animaba a aprender, pensar y actuar colectivamente.
- La designación como BPSO ha sido fundamental para mejorar la práctica clínica de los impulsores de la práctica al aumentar su conocimiento y confianza en la implantación de las recomendaciones de la Guía.
- La perspectiva más común está relacionada con la funcionalidad del programa, ya que gira en torno a herramientas fáciles de usar y de adaptar.

Encuesta del personal de Enfermería: alternativas a las contenciones (Herramienta 3)

De las 114 respuestas, 38 enfermeras asistieron al taller del BPSO sobre el fomento de la seguridad y alternativas a las contenciones y, cuando se realizó la encuesta, 76 enfermeras no habían asistido al taller. Los resultados de la encuesta se muestran en las Figuras 17.6a, 17.6b y 17.6c.



FIGURAS 17.6A, 17.6B, 17.6C Los resultados de la encuesta del personal reflejan cambios en el conocimiento y la comprensión: Alternativas para menos contenciones.
Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Las respuestas confirman mejoras significativas entre los asistentes al taller en su conocimiento y comprensión de cómo y cuándo aplicar alternativas a las contenciones. En resumen, el taller del BPSO sobre *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* (RNAO, 2012a) ha dado como resultado un mayor conocimiento en esta área de la práctica, lo cual es crítico para mejorar los resultados de los pacientes, minimizar los riesgos e involucrar a los pacientes y sus familias en el centro de la atención.

¿HA CAMBIADO LA PRÁCTICA?

Para medir el cambio de la práctica, se realizaron auditorías clínicas. A continuación, se presentan dos auditorías de muestra que se llevaron a cabo durante la designación como BPSO en CARS, en relación con las Guías seleccionadas que se implantaron y la evidencia sobre cómo se han incorporado los cambios en las prácticas.

Auditoría de práctica clínica

Los talleres de designación como BPSO y de impulsores de la práctica han contribuido al cambio cultural y de actitud positivo dentro de CARS. Este cambio en la práctica clínica es evidente en la Auditoría de Redondeo por hora de CARS (HRC). Se introdujo el redondeo clínico para garantizar que la seguridad de los pacientes y las necesidades de atención se cumplen cada hora.

La auditoría ha mostrado mejoras significativas en la práctica centrada en el paciente (ver la Figura 17.7). Se han producido mejoras en todas las áreas auditadas en comparación con los resultados de la auditoría de septiembre de 2013. La elevada tasa media de cumplimiento de la auditoría de enero de 2015 también ha indicado que el Centro de Rehabilitación Hampstead está logrando cambios positivos en la práctica.

	¿SE COMPLETAN LAS SIGUIENTES COMPROBACIONES DE SEGURIDAD Y CUIDADOS AL PACIENTE EN LAS RONDAS HORARIAS?	AUDITORÍA ENE 2015	AUDITORÍA SEPT 2013
1	Comodidad y seguridad	96%	52%
2	El timbre de llamada está al alcance de la mano	96%	44%
3	Estado del paciente (dormido, ausente, terapia, en áreas comunes)	96%	52%
4	Dolor	96%	52%
5	Prevención de lesiones por presión	96%	52%
6	Hidratación	96%	52%
7	Continencia	96%	48%
8	Relevos—Paciente presente	96%	0%
	Iniciales del personal	96%	40%
	Media total	**96%**	**44%**

Fuente de Datos: HRC Audit Reports

FIGURA 17.7 Informe de auditoría de CARS, Centro de Rehabilitación Hampstead. Auditoría: Resultados de la auditoría de redondeo por hora. Auditor: R Pearl. Pabellones: Todos los pabellones (1C, 1D, 2A, 2B, 2CD).
Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Auditorías de práctica de CARS: auditoría sobre las barandillas de la cama

El logro positivo del Centro de Rehabilitación Hampstead también se ha visto reflejado en las auditorías de las barandillas de las camas. Como parte del proceso de implantación, se retiraron las barandillas de las camas y se desarrolló una matriz para guiar la decisión clínica. La Figura 17.8 muestra los resultados de dos auditorías realizadas en octubre de 2014 y enero de 2015. La auditoría inicial se diseñó para examinar la tasa de cumplimiento después de la introducción inicial de la matriz cama/barandilla.

La auditoría de octubre de 2014 identificó áreas que necesitaban mejoras, incluyendo la necesidad de:

- Mejorar la documentación sobre la evaluación de riesgos en el momento del ingreso (P.2)
- Seguir las recomendaciones de la evaluación de riesgos (P.3)
- Mejorar la documentación sobre razonamiento clínico (P.4)
- Mejorar la documentación sobre las necesidades de reevaluación de las barandillas de cama (P.7)

Al comparar los resultados de las dos auditorías sobre las barandillas de la cama, es evidente que se han conseguido tales mejoras. La práctica de retirar las barandillas de la cama ha sido incorporada, lo que ha llevado a una puntuación del 100% en la última auditoría, que indicaba que "no era necesario retirar las barandillas de la cama". Este cambio de práctica siguió las recomendaciones de las evaluaciones del ingreso, como se observa en un aumento del 15% en 2014 al 95% en 2015. En los casos en que no se siguieron las recomendaciones, se produjo un aumento de la documentación sobre el razonamiento clínico.

		Auditoría ene-2015			Auditoría oct-2014			
	Sección A	Sí	No	N.A.	Sí	No	N.A.	Comentarios
1	¿Están las barandillas en las camas?	40%	60%	0%	45%	55%	0%	Disminución de las barandillas en las camas
2	¿Existe evidencia documentada de que se ha completado una valoración de riesgos en el momento del ingreso o en las primeras 24 horas?	95%	5%	0%	20%	80%	0%	Incremento de la evidencia documentada
3	¿Se han seguido las recomendaciones?	95%	0%	5%	15%	70%	15%	Incremento del cumplimiento de las recomendaciones
4	Si no es así, ¿el personal ha documentado las razones clínicas para no seguir las recomendaciones de las historias clínicas?	5%	0%	95%	0%	65%	35%	Mejora en el razonamiento clínico de la documentación
5	¿Se han quitado las barandillas de las camas si no se ha recomendado? (Identificar en la sección "N.A" si el paciente lo ha solicitado)	20%	0%	80%	55%	25%	20%	Aumento en las secciones no aplicables debido a que ya no hay barandillas en la cama o el paciente ha solicitado mantenerlas
6	¿Se han quitado las barandillas de las camas una vez que el paciente ha sido dado de alta?	0%	0%	100%	65%	25%	10%	100% no aplicable (no se requirió el retiro de las barandillas de la cama)
7	¿Ha sido revisada la existencia de evidencia documentada de la necesidad de barandillas en las camas?	25%	60%	15%	0%	95%	5%	Incremento de la evidencia documentada

Fuente de Datos: HRC Audit Reports

FIGURA 17.8 Informe de auditoría de la práctica del Centro de Rehabilitación Hampstead, enero de 2015, en comparación con el informe de octubre de 2014.
Auditoría: barandillas de la cama.
Auditor: S McCormack
Pabellones: 1C, 1D, 2A, 2B

También mejoró la documentación sobre evaluación de riesgos e ingresos. En resumen, los desafiantes datos de comportamiento y contenciones y la auditoría de las barandillas de las camas han confirmado que el Centro de Rehabilitación Hampstead ha logrado un cambio cultural positivo y un cambio de práctica basado en la evidencia.

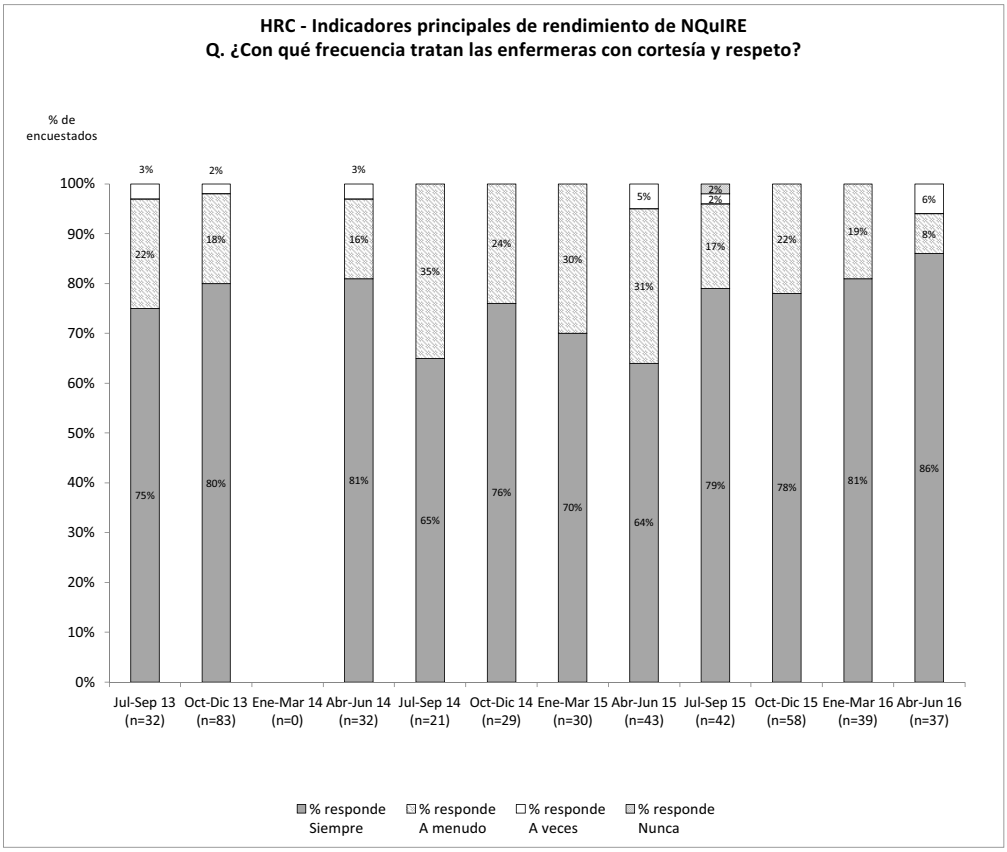
¿HA LOGRADO LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA LOS RESULTADOS ESPERADOS?

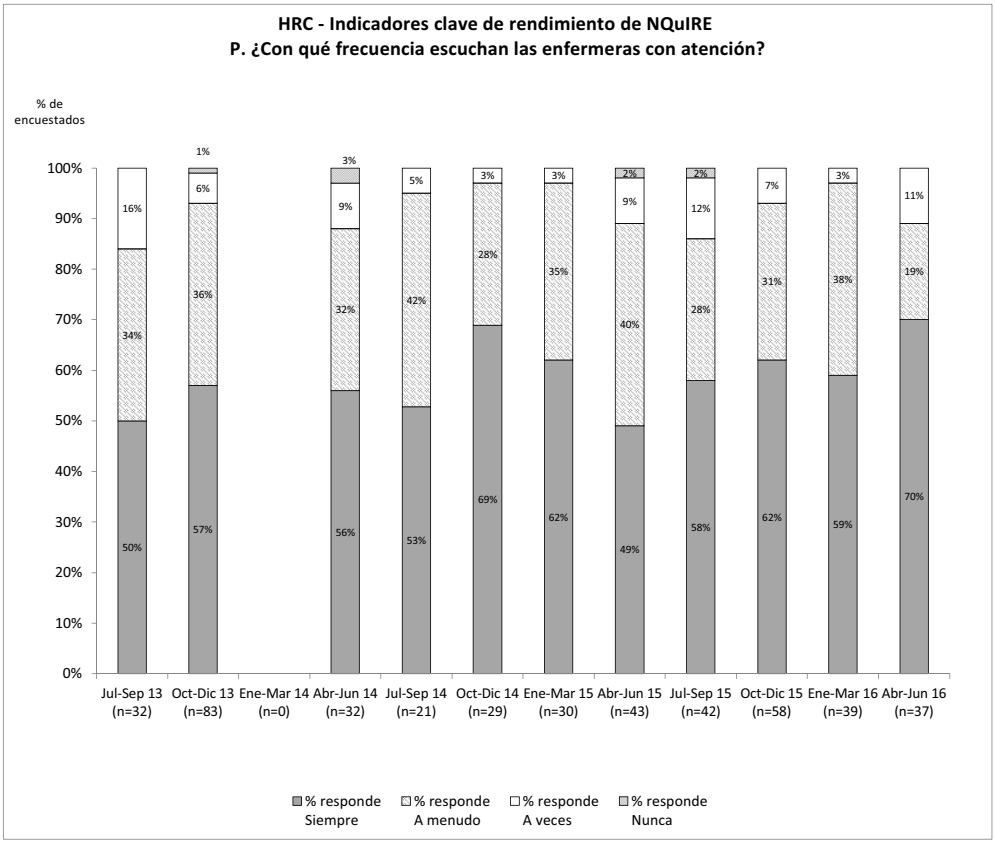
En esta sección se analiza el impacto de la implantación de la Guía en la experiencia del usuario.

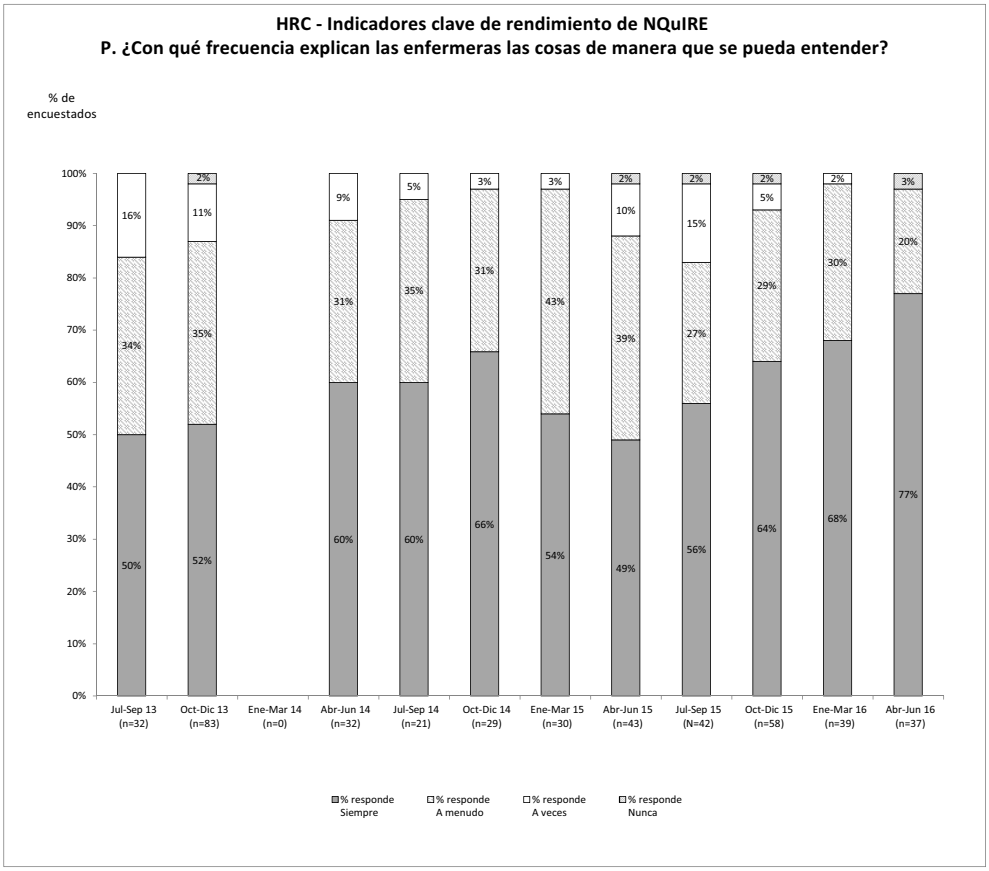
Encuesta de CARS sobre la experiencia del consumidor (Herramienta 2)

La implantación de la encuesta sobre la experiencia del consumidor del Centro de Rehabilitación Hampstead comenzó en julio de 2013, con tamaños reducidos de muestra para el análisis. Al analizar las interacciones entre la enfermera y el paciente, los pacientes reportaron mejoras en el hecho de que siempre eran tratados por las enfermeras con cortesía y respeto, las enfermeras siempre explicaban las cosas de una manera que podían entender y las enfermeras siempre escuchaban con atención. Las encuestas realizadas en el momento del alta de los pacientes se cotejaron y analizaron en periodos trimestrales con fines comparativos.

Los gráficos de las Figuras 17.9a, 17.9b y 17.9c ofrecen un resumen de las conclusiones.


HRC - Indicadores principales de rendimiento de NQuIRE
Q. ¿Con qué frecuencia tratan las enfermeras con cortesía y respeto?
% de encuestados
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
3% 2% 3% 5% 2% 2% 6%
22% 18% 16% 35% 24% 30% 31% 17% 22% 19% 8%
75% 80% 81% 65% 76% 70% 64% 79% 78% 81% 86%
Jul-Sep 13 (n=32)
Oct-Dic 13 (n=83)
Ene-Mar 14 (n=0)
Abr-Jun 14 (n=32)
Jul-Sep 14 (n=21)
Oct-Dic 14 (n=29)
Ene-Mar 15 (n=30)
Abr-Jun 15 (n=43)
Jul-Sep 15 (n=42)
Oct-Dic 15 (n=58)
Ene-Mar 16 (n=39)
Abr-Jun 16 (n=37)
% responde Siempre
% responde A menudo
% responde A veces
% responde Nunca


HRC - Indicadores clave de rendimiento de NQuIRE
P. ¿Con qué frecuencia escuchan las enfermeras con atención?
% de encuestados
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
16% 1% 3% 5% 3% 3% 2% 2% 7% 3% 11%
6% 9% 9% 12%
34% 36% 32% 42% 28% 35% 40% 28% 31% 38% 19%
50% 57% 56% 53% 69% 62% 49% 58% 62% 59% 70%
Jul-Sep 13 (n=32)
Oct-Dic 13 (n=83)
Ene-Mar 14 (n=0)
Abr-Jun 14 (n=32)
Jul-Sep 14 (n=21)
Oct-Dic 14 (n=29)
Ene-Mar 15 (n=30)
Abr-Jun 15 (n=43)
Jul-Sep 15 (n=42)
Oct-Dic 15 (n=58)
Ene-Mar 16 (n=39)
Abr-Jun 16 (n=37)
% responde Siempre
% responde A menudo
% responde A veces
% responde Nunca



FIGURAS 17.9A, 17.9B, Y 17.9C Encuestas sobre la experiencia del consumidor del Centro de Rehabilitación Hampstead entre julio de 2013 y junio de 2016.
Fuente de datos: encuesta sobre la experiencia del consumo del Centro de Rehabilitación Hampstead, julio de 2013-junio de 2016
Nota: Periodo de enero de 2014 a marzo de 2014: no se recibieron encuestas.
Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

El análisis de las experiencias de los consumidores ha permitido mejorar las prácticas y los procesos. Cabe señalar que la proporción de encuestados que mencionaron "siempre" en las tres preguntas de la encuesta fluctúa a lo largo de los periodos de presentación de informes. Durante los mismos periodos, el Gobierno de Australia del Sur hizo el importante anuncio de que se cerraría el Centro de Rehabilitación Hampstead, y que más de 100 camas de rehabilitación se reajustarían a otras redes sanitarias locales. Esto tuvo claramente un impacto significativo en las enfermeras de rehabilitación y en el entorno laboral.

INDICADORES DE SALUD, SEGURIDAD Y CALIDAD DE AUSTRALIA DEL SUR

Las intervenciones de Enfermería y obstetricia basadas en la evidencia, así como la recopilación sistemática, el análisis y la presentación de informes de los indicadores sensibles a la Enfermería, han apoyado la implantación de las Guías y la evaluación de resultados con el objetivo final de mejorar los resultados de los pacientes y la calidad de la atención. Los indicadores de calidad e indicadores estructurales sensibles a la Enfermería son importantes para establecer, monitorizar y evaluar guías prácticas basadas en la evidencia. Se acepta y reconoce internacionalmente que la relación entre el número de enfermeras y matronas, los niveles de formación y la combinación de habilidades influyen directamente en los resultados de los pacientes (Aiken et al., 2002; Aiken et al., 2014; Aiken et al., 2017).

INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con el fin de evaluar el proyecto piloto de BPSO y cómo complementa otras prioridades organizativas y de seguridad y calidad, se han analizado los indicadores reconocidos internacionalmente, como la incidencia de caídas y úlceras por presión, basándose en su relación con la aplicación de las recomendaciones de las Guías. La valoración y la evaluación se basaron en los datos que actualmente están siendo recopilados por los sistemas dentro de la organización.

Todos los incidentes (SAC 1 y SAC 2), incidentes graves, tienen el requisito obligatorio de presentar informes

El código de valoración de seguridad (SAC, por sus siglas en inglés), es una puntuación numérica que clasifica los incidentes que afectan a un paciente. La puntuación se basa en la consecuencia de ese incidente y en la probabilidad de que se repita, utilizando una matriz del tipo de riesgo. La escala es de 1 a 4, con el SAC 1 (máximo) que indica un incidente grave con daño significativo o muerte, y 4 (insignificante) que es casi un incidente o ningún daño. El SAC es obligatorio por requisito de SA Health y se utiliza en todos los hospitales públicos de Australia del Sur (Government of South Australia-SA Health, 2016). Los informes sobre el número total de todos los incidentes de SAC 1 y SAC 2 en CARS desde el año fiscal 2012/13 (ver Figura 17.10) demuestran una disminución en ambas categorías que es consistente con la tendencia de SA Health.

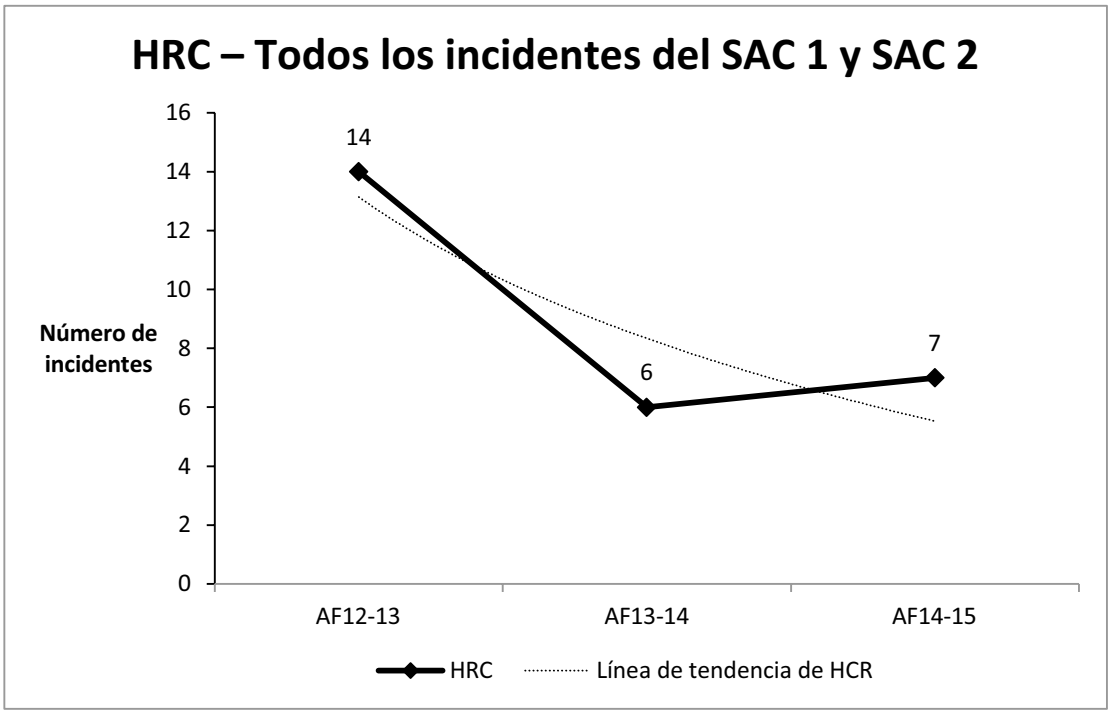


FIGURA 17.10 CARS (HRC) todos los incidentes del SAC 1 y SAC 2, Año fiscal 2012/13 al año fiscal 2014/15.

Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Todos los incidentes de caídas (SAC 1 y SAC 2), con daños y lesiones

A partir de los resultados sobre los incidentes relacionados con caídas con daños y lesiones, ha habido una reducción evidente en el Centro de Rehabilitación Hampstead (de 11 en el año fiscal 2012/13, a 4 en el año fiscal 2013/14 y 5 en el 2014/15). Además, a efectos de comparación, hubo una reducción del 64% de los incidentes de caídas del SAC 1 y del SAC 2 durante el periodo 2012/13 en HRC, en comparación con una reducción del 18,6% en SA Health (en todas las redes locales de salud), como se muestra en la Figura 17.11.

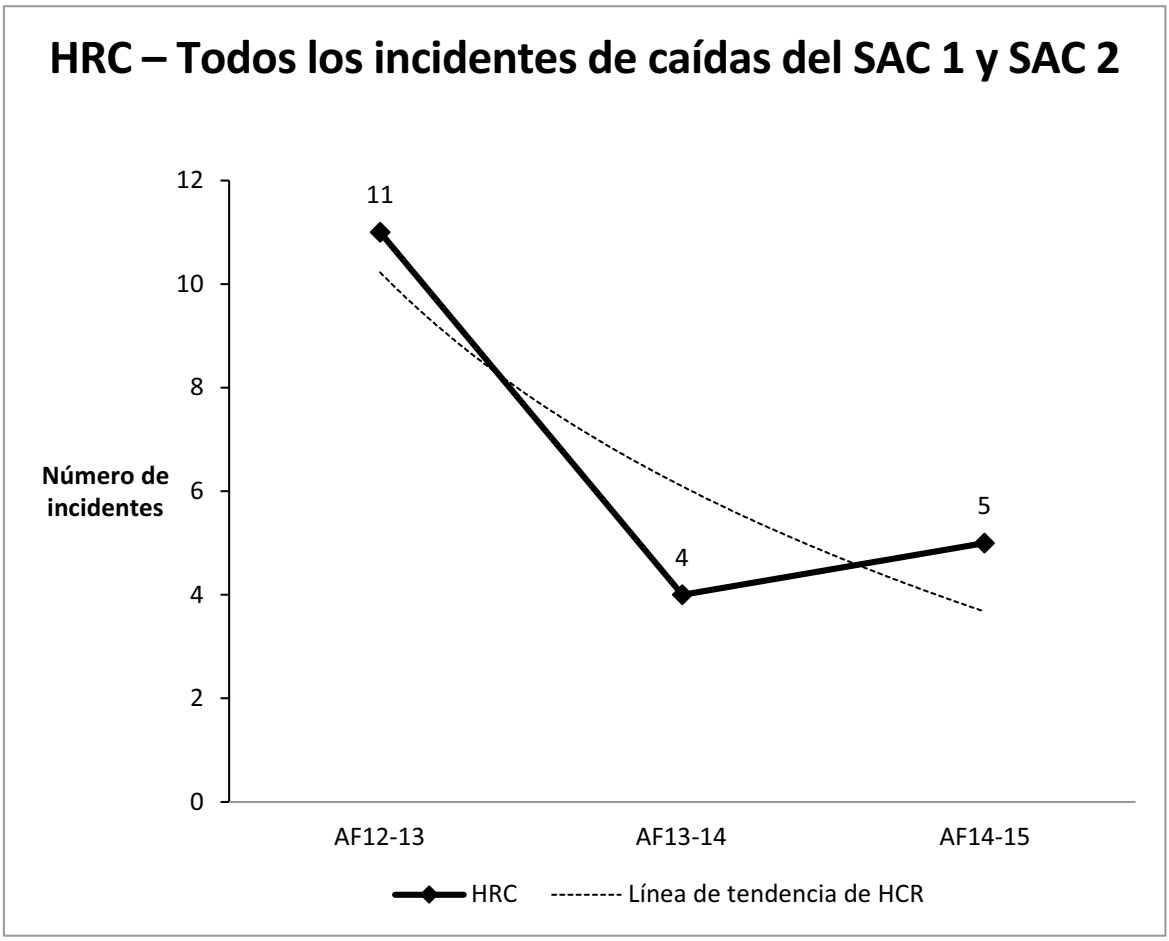


FIGURA 17.11 CARS (HRC) todos los incidentes de caídas del SAC 1 y SAC 2, AF 2012/13 al AF 2014/15.
Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Incidentes de lesión por presión adquirida en el Hospital CARS

En el Centro de Rehabilitación Hampstead, ha habido una reducción (50%) en los incidentes de lesiones por presión producida en el hospital: de 78 en el año fiscal 2012/13 a 39 en el año fiscal 2014/15 (ver Figura 17.12).

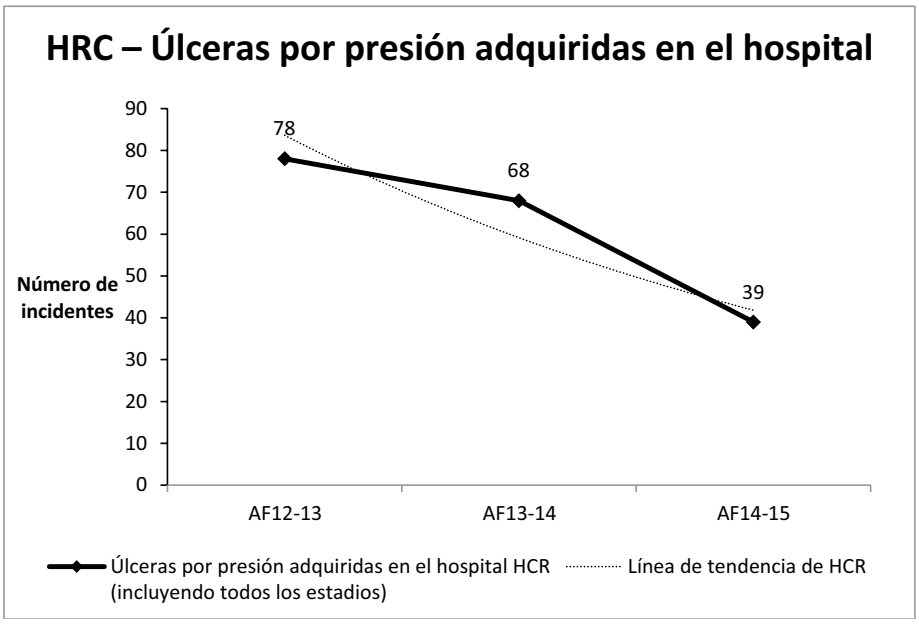
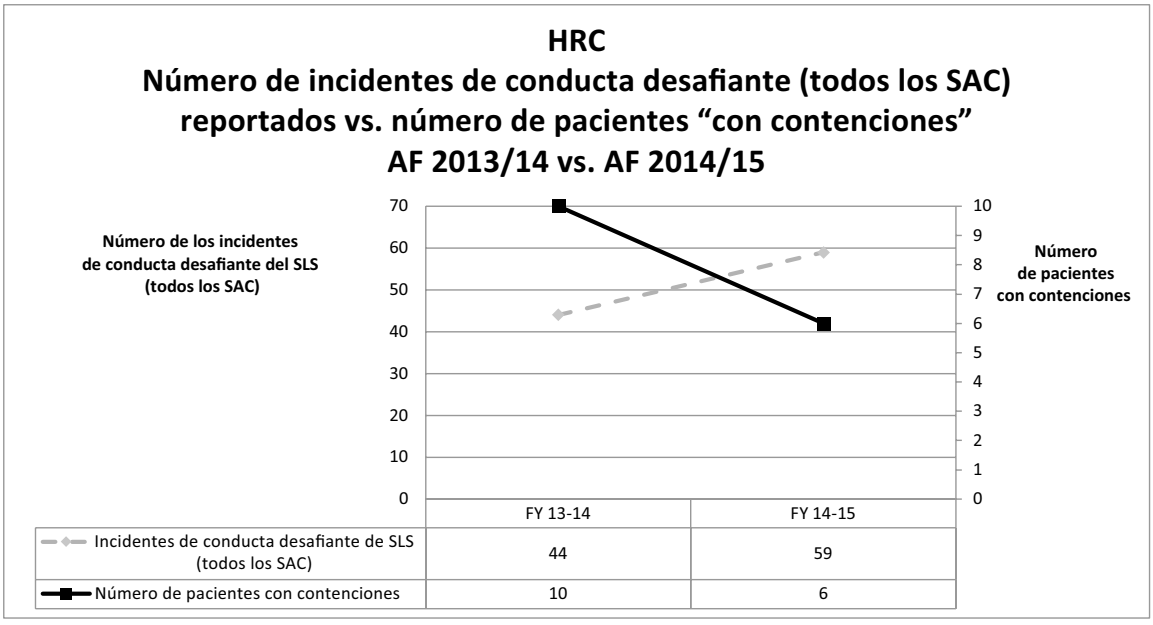


FIGURA 17.12 Incidentes de lesiones por presión adquiridas en el hospital de CARS (HRC), AF 2012/13 al AF 2014/15.

Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Reducción de la contención

El Centro de Rehabilitación Hampstead mostró un aumento en el número de incidentes de conducta desafiante documentados y una disminución en el número de pacientes que fueron inmovilizados (ver Figura 17.13). Estas tendencias indican un mayor éxito en la disminución, reflejando así el éxito de la implantación de la Guía.



Fuente de datos: SLS Reports
SLS*: Safety Learning System (Sistema de aprendizaje de seguridad)

FIGURA 17.13 CARS (HRC) incidentes de conducta desafiante y de contención, del año fiscal 2013/14 al año fiscal 2014/15.

Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

RESUMEN

La adaptación y aplicación de la designación de BPSO de RNAO al contexto australiano ha demostrado ser un éxito. En general, el personal y las encuestas a consumidores, las auditorías de la práctica clínica y los datos de los indicadores mostraron lo siguiente:

- Las enfermeras están mejor informadas y han mejorado sus conocimientos, comprensión y actitudes hacia la implantación e integración de la práctica basada en la evidencia.
- La experiencia hospitalaria de los pacientes y las interacciones de las enfermeras y matronas con los pacientes mejoraron.
- Se han reducido todos los incidentes (SAC1 y SAC2).
- Ha habido una incidencia reducida de caídas de pacientes (SAC1 y SAC2).
- Ha habido una incidencia reducida de úlceras por presión adquiridas en el hospital.
- Se ha reducido el uso de contenciones en el entorno.

MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS ECONÓMICOS DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO AUSTRALIANO

Para reforzar el argumento a favor del valor de la designación como BPSO para Australia del Sur, fue necesario considerar la rentabilidad de la práctica basada en la evidencia en Enfermería y cómo las mejoras clínicas pueden traducirse en un argumento económico en términos de "ahorros" para el sistema sanitario. Existen cuatro tipos principales de evaluación económica en la atención sanitaria:

1. Minimización de costes, donde se asume que las consecuencias son las mismas, de modo que solo se comparan los costes.
2. Eficacia en función de los costes, en la que se calcula una relación entre las diferencias en los costes y los resultados, es decir, una relación coste-eficacia en incremento.
3. Utilidad de los costes, donde la relación coste-eficacia en incremento se basa en el coste por años de vida ajustados en función de la calidad.
4. Coste-beneficio, en el que tanto los costes como los resultados se valoran en términos monetarios (Gray, Clarke, Wolstenholme y Wordsworth, 2012; Simoens, 2009).

IMPACTO ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS MOSTRADO A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE COSTE-BENEFICIO

Para medir el impacto económico de la designación como BPSO australiano, seleccionamos la cuarta opción: el coste-beneficio del programa para el sistema sanitario de Australia del Sur, que se ilustra en la Tabla 17.2.

TABLA 17.2 ANÁLISIS DE COSTE-BENEFICIO RELACIONADO CON LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS SOBRE CAÍDAS Y LESIONES POR PRESIÓN

Indicador de evaluación de la designación del BPSO australiano	Cambio de indicadores sensibles de Enfermería	Número de cambios en las incidencias	$/Incidente* (Basado en las estimaciones financieras de RNAO)	Total ahorrado/ gastado
Reducción de la incidencia de caídas de pacientes (SAC1 y SAC2)	De un total de 11 incidencias en 2012/13 a 5 incidencias en 2014/15	6	35.000$ por caída	210.000$
Reducción de la incidencia de úlceras por presión adquiridas en el hospital	De un total de 78 incidencias en 2012/13 a 39 incidencias en 2014/15	39	9.000$ por lesiones por presión	351.000$
Ahorro total				561.000$
Menor inversión	($50,000 per annum to site BPSO Lead)			100.000$
Coste-beneficio (Ahorro neto)				461.000$

Copyright ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

OTROS AHORROS RELACIONADOS CON LA REDUCCIÓN DE LAS CONTENCIONES

El coste sistemático de las contenciones es difícil de cuantificar. Existe poca información en la literatura sobre la evaluación económica que demuestre la relación entre el ahorro de costes y la prevención de las contenciones.

RNAO ha establecido, como parte de las revisiones de la literatura, que existe una relación entre las contenciones y las caídas del paciente. Sin embargo, existe un gran grado de variabilidad en función del resultado o la lesión de la caída del paciente: grave, potencialmente mortal o sin daño físico. En la evaluación económica del BPSO australiano, hemos explorado y considerado múltiples factores, como la dotación de personal (horas por día del paciente), las reducciones en la duración de la estancia y la gama de intervenciones. Por lo tanto, estamos explorando un modelo que podría servir de base para la medición económica de los beneficios de la reducción de las contenciones. Los ahorros financieros potenciales y las implicaciones asociadas a cada uno de los episodios de contención se describen como elementos del modelo en la Figura 17.14.

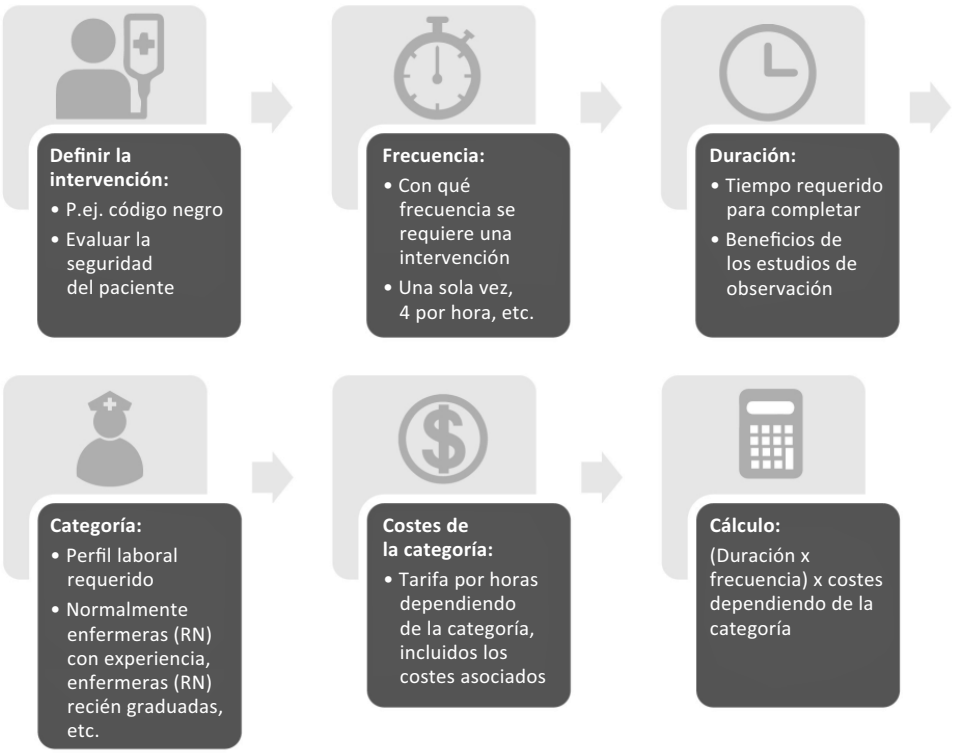


FIGURA 17.14 Consecuencias financieras y modelo de ahorro potencial.
Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

La metodología de cálculo se basó en:

- Definir la intervención eliminada o reducida (acciones relacionadas con las contenciones, como la asistencia al equipo de código negro, la evaluación del impacto en la integridad de la piel, la seguridad, etc.).
- Identificar la frecuencia de las intervenciones que habrían sido necesarias.
- Identificar la duración de la intervención (tiempo necesario).
- Identificar a la(s) persona(s) a la(s) que se le pedirá(n) que realice(n) la intervención (por categoría de personal).

El cálculo se realiza en dos partes. En primer lugar, la cantidad total del tiempo de Enfermería se calcula en función de la frecuencia y la duración de la intervención. A continuación, el tiempo total de Enfermería se multiplica por el coste del personal relevante, lo que equivale a los costes ahorrados.

REFLEXIÓN

¿Cómo se relacionan estos resultados de la evaluación con sus propias experiencias? En su opinión, ¿han sido recogidas de manera efectiva? Considere cómo podría explicar el valor agregado de la implantación de las Guías utilizando estos resultados.

CONCLUSIÓN

La designación adaptada de BPSO de RNAO ha contribuido significativamente al creciente conjunto de conocimientos y comprensión de cómo cerrar con éxito la brecha entre la evidencia, el conocimiento y la práctica en Australia. Tras el éxito de la fase 1, la designación como BPSO australiano se ha ampliado a la fase 2. La formación, la tutoría y el apoyo a tres (de cada cuatro) redes locales de salud metropolitanas en Australia del Sur los ha llevado a cumplir con su objetivo de convertirse en el "cambio que ellos querían ver". El enfoque sistémico utilizado en la designación de BPSO, y específicamente con la implantación de las Guías, ha dado lugar a un cambio hacia una cultura de la práctica basada en la evidencia en la que la toma de decisiones sobre la atención sanitaria y la prestación de servicios se basa en la mejor evidencia posible; las políticas y los procedimientos hospitalarios están estandarizados; y la variación de la atención se reduce, garantizando así una atención coherente, de calidad y segura.

Hemos promovido con éxito y hemos conseguido financiación para la designación como BPSO australiano dentro de un sistema con contenciones financieras. Nuestra evaluación integral pudo demostrar mejoras significativas, no solo con la satisfacción de los pacientes y las enfermeras, sino también a nivel de sistema, con pruebas de una mayor eficiencia y rendimiento financiero. Sobre la base de datos y testimonios, la propuesta de la relación calidad-precio refuerza aún más el hecho de que las enfermeras y matronas que utilizan prácticas basadas en la evidencia dentro de un entorno laboral saludable marcan la diferencia a todos los niveles.

MENSAJES CLAVE

- La implantación de guías de prácticas basadas en la evidencia requiere un enfoque sistemático a nivel de la organización.
- La práctica de la Enfermería basada en la evidencia produce resultados clínicos positivos para los pacientes.
- La práctica de la Enfermería basada en la evidencia ahorra dinero para el sistema.
- La designación como BPSO y su impacto en el paciente, el profesional de la salud, la organización y los resultados del sistema ha llevado a un mayor respeto del gobierno hacia las enfermeras como profesionales del conocimiento y por el trabajo de la asociación de enfermeras.

REFERENCIAS

Aiken, L., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, *288*(16), 1987–1993.

Aiken, L., Rafferty, A. M., & Sermeus, W. (2014, April 30). Caring nurses hit by a quality storm. *Nursing Standard*, *28*, *35*, pp. 22–25.

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., . . . Sermeus, W. For the RN4CAST Consortium. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, *26*, 559–568.

Barton, S. A., Johnson, M. R., & Price, L. V. (2009). Achieving restraint-free on an inpatient behavioural health unit. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, *47*(1), 34–40.

Cheung, R. B., Aiken L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2008). Nursing care and patient outcomes: International evidence. *Enfermeria Clinica*, *18*(1), 35–40.

Edwards, N., & Grinspun, D. (2011). *Understanding whole systems change in healthcare: The case of emerging evidence-informed nursing service delivery models*. Retrieved from http://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/11-10-07/7eccd93b-a091-4d01-b625-3cd8279afbc2.aspx

Fariña-López E. L., Estévez-Guerra G. J., Gandoy-Crego, M., Polo-Luque, L. M., Gómez-Cantorna, C., & Capezuti, E. A. (2014). Perception of Spanish nursing staff on the use of physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, *46*(5), 322–330.

Garrard, L., Boyle, D. K., Simon, M., Dunton N., & Gajewski B. (2014). Reliability and validity of the NDNQI Injury Falls Measure. *Western Journal of Nursing Research*, *38*(1), 111–123. doi: 10.1177/0193945914542851

Government of South Australia—SA Health. (2016, August). *Patient Incident Management TOOL 2: Safety assessment code matrix*. Retrieved from http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/29f2ff004e2bd4aca30cfbc09343dd7f/TOOL+2+Code+Matrix+WEB.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=29f2ff004e2bd4aca30cfbc09343dd7f%20%0d%0d-cheers,%20Deb%0d

Gray, A. M., Clarke, P. M., Wolstenholme, J. L., & Wordsworth, S. (2012). *Applied methods of cost-effectiveness analysis in health care*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Hewitt-Taylor, J. (2013). Planning successful change incorporating processes and people. *Nursing Standard*, *27*(38), 35–40.

Lloyd, M., Xiao, S., Albornos-Muñoz, L., González-María, E., & Joyce, A. (2013). Measuring the process and outcomes of foot ulcer care with guideline-based nursing quality indicators. *Diabetic Foot Canada*, *1*(1), 15–19.

Maben, J., Peccei, R., Adams, M., Robert, G., Richardson, A., Murrells, T., & Morrow, E. (2012). *Exploring the relationship between patients' experiences of care and the influence of staff motivation, affect and wellbeing.* Final report. NIHR Service Delivery and Organisation Programme. Retrieved from http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1819-213_V01.pdf

Mitchell, B. G., Ferguson J. K., Anderson. M., Sear. J., & Barnett. A (2016). Length of stay and mortality associated with healthcare-associated urinary tract infections: A multi-state model. *Journal of Hospital Infection*, *93*(1), 92–99. doi: 10.1016/j.jhin.2016.01.012

Price, B. (2015). Understanding attitudes and their effects on nursing practice. *Nursing Standard*, *30*(15), 50–57. doi: 10.7748/ns.30.15.50.s51

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2004). *A phenomenal journey: The dissemination and uptake of the nursing Best Practice Guidelines across Canada—Final report.* Retrieved from http://rnao.ca/bpg/guidelines/links/phenomenal-journey

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Client centred care.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006b). *Supporting and strengthening families through expected and unexpected life events.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011a). *Prevention of falls and fall injuries in the Older Adult.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011b). *Risk assessment and prevention of pressure ulcers.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a). *Promoting safety: Alterative approaches to the use of restraints.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012c). *Woman abuse: Screening, identification, and initial response.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013). *Developing and sustaining nursing leadership Best Practice Guideline* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014). *Care transitions.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015). *Person- and family centred care.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Simoens, S. (2009). Health economic assessment: A methodological primer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *6*(12), 2950–2966. doi: 10.3390/ijerph6122950

Twigg, D. E., Duffield, C., Thompson, P. L., & Rapley, P. (2010). The impact of nurses on patient morbidity and mortality—The need for a policy change in response to the nursing shortage. *Australian Health Review*, *34*(3), 312–316. doi: 10.1071/AH08668

VanDeVelde-Coke, S., Doran, D., Grinspun, D., Hayes, L., Sutherland Boal, A., Velji, K., . . . Hannah, K. (2012). Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuIRE. *Nursing Leadership*, *25*(2), 26–37.

UNIDAD

6

PRÓXIMAS ETAPAS: DE LA PRÁCTICA A LAS POLÍTICAS

18 INSPIRANDO CAMBIOS DE GRAN ESCALA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS: DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA A LA POLÍTICA BASADA EN LA EVIDENCIA..... 465

CAPÍTULO

18

INSPIRANDO CAMBIOS DE GRAN ESCALA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS: DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA A LA POLÍTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD(hon), Dr(hc), O.ONT
Mariam Botros, DCh, IIWCC, CDE, Wounds Care Fellowship University of Toronto
Lynn Anne Mulrooney, PhD, MPH, RN
Josephine Mo, BA(hon)
Ronald Gary Sibbald, MD, BSc, FRCPC(Med, Derm), MACP, FAAD, MEd, FAPWCA, DSc(hon)
Tasha Penney, MN, RN

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Entender cómo la enfermería puede convertirse en un grupo político y por qué es importante para avanzar políticas públicas saludables.
- Asumir el papel central de las asociaciones profesionales y laborales en la toma de liderazgo político para asegurar que el público tenga un sistema sanitario de la más alta calidad.
- Describir cómo las enfermeras hacen una contribución a los niveles micro, meso y macro y por qué su participación en todos los niveles es vital para una sociedad saludable.
- Delinear los pilares y las etapas del Marco para el Avance de Políticas Públicas Saludables y describir cómo cada uno de ellos es necesario para dar forma a la agenda de las políticas de salud y lograr el cambio.
- Analizar cómo las Guías de RNAO y las recomendaciones clínicas basadas en la evidencia pueden utilizarse para influir en las mejoras de las políticas a nivel de sistemas macro.
- Discutir el concepto de movimientos sociales y cómo se aplica a una buena promoción.
- Identificar los componentes de una campaña de promoción de éxito y el papel de las enfermeras y de la asociación profesional en dicha campaña.

INTRODUCCIÓN

> *"Nosotros debemos crear una opinión pública que impulse al gobierno, en lugar de que el gobierno nos impulse a nosotros: una opinión pública ilustrada, sabia en principios, sabia en detalles".*
>
> –Florence Nightingale, 1892

Este libro, del cual este es el último capítulo, trata principalmente sobre el uso de la evidencia, en particular la evidencia clínica y la evidencia relacionada con los ambientes laborales saludables, con el objetivo de mejorar la salud de las personas. Hasta ahora, el libro se ha centrado principalmente en el fortalecimiento de la práctica clínica de las enfermeras a través de la aplicación sistemática de la evidencia obtenida a través del liderazgo y la experiencia de RNAO. La política sanitaria no ha sido muy destacada, excepto por un enfoque periférico en algunos de los capítulos, particularmente en los Capítulos 10, 12 y 17.

La comprensión de la enfermería como un grupo político es fundamental para promover políticas públicas saludables y asegurar que el público (en todos y cada uno de los países y comunidades de todo el mundo) se beneficie plenamente de la contribución de la enfermería y de las enfermeras como expertas en prácticas basadas en la evidencia. Como muestra este libro, las enfermeras deben impactar y de hecho impactan los sistemas micro de atención al paciente, los sistemas meso de las organizaciones de salud, y los sistemas macro de salud (Grinspun, 2006a, 2006b, 2013, 2015). En este capítulo se argumenta que lo que las enfermeras deben seguir conquistando es el impacto en los sistemas sanitarios.

En realidad, rara vez se da el caso de que los cambios en las políticas solo puedan lograrse con la persuasión de la evidencia clínica, un punto que enfatizamos a continuación. Además, muchos de los cambios necesarios para mejorar los resultados de salud quedan fuera del ámbito de la evidencia clínica. Esto es especialmente cierto para los determinantes sociales y ambientales de la salud, el diseño de sistemas sanitarios y los recursos humanos de enfermería. Por lo tanto, dado el amplio alcance de las intervenciones políticas de RNAO, nuestra necesidad de continuar dando forma a la práctica clínica a través de la evidencia va de la mano con nuestra necesidad de dar forma a una política pública saludable a través de la evidencia. Por eso, hace 20 años, nos esforzamos por aprender sistemáticamente a incidir en el ámbito político y de las políticas. A continuación, veremos lo que descubrimos.

Este capítulo se centra específicamente en el vínculo entre la práctica basada en la evidencia y la política basada en la evidencia y en cómo pasar de una a otra y aprovechar ambas para lograr una política pública saludable. ¿Cómo se pasa de marcar una diferencia para un paciente o una organización de salud, en el caso de la enfermería al lado de la cama del paciente o en la calle, o para una comunidad; en el caso de la salud pública, a influir en el cambio sistémico en la prestación de servicios de salud en toda una jurisdicción?

LA ENFERMERÍA COMO GRUPO POLÍTICO

Este capítulo también cuenta una historia más amplia sobre cómo una organización de enfermería puede convertirse en una fuerza social transformadora y en un mecanismo eficaz de defensa de políticas que es respetado e influyente en una jurisdicción clave (la provincia de Ontario, la más grande de Canadá), así como en Canadá y en el ámbito internacional. Es la historia de cómo un grupo de enfermeras, que hace dos décadas se sentaba muchas veces al margen como espectadoras y observaban cómo se desarrollaban los procesos políticos, es ahora uno de los principales contribuyentes y formuladores de políticas. Esta es una historia de éxito que vale la pena contar porque tiene lecciones para las organizaciones de enfermería de cualquier lugar que quieren convertirse en organizaciones políticamente relevantes. Muestra, con ejemplos concretos, cómo

el trabajo de las enfermeras basado en la evidencia tiene un impacto en los resultados de salud de los pacientes y cómo las enfermeras pueden aprovechar la evidencia y la promoción para influenciar los cambios en las políticas del sistema de salud que, en última instancia, retroalimentan a la práctica.

Si se midiera la etapa actual de desarrollo político de RNAO utilizando el marco de cuatro etapas de desarrollo político de Cohen (Cohen et al., 1996), se la clasificaría como etapa 4, en la que la formación "lidera el inicio del proceso". Esta es una etapa en la que la profesión se concibe como un liderazgo político proactivo en temas de política más amplios que hablan de los intereses del público. Aquí, la profesión está liderando el establecimiento de la agenda para una amplia gama de temas de política social y de salud, introduciendo términos que reordenan el debate e iniciando coaliciones con las partes interesadas, tanto de enfermería como de otros sectores, con el fin de abordar cuestiones de política más amplias. En esta etapa, se busca a muchas enfermeras para ocupar puestos de enfermería y de políticas de salud debido al valor de la experiencia y el conocimiento de la enfermería. Los autores sostienen que cuanto más lejos esté la profesión de pasar a esta etapa, más se beneficiará el público de la experiencia de la enfermería y de la defensa de sus intereses del público (Cohen et al., 1996). De hecho, la sofisticación de RNAO y sus miembros, tanto en la práctica basada en la evidencia a través de nuestro Programa de Guías de buenas prácticas (Guías), como en la activación de políticas basadas en la evidencia, tal y como se describe en este capítulo, es bien reconocida en Canadá y en el extranjero (Amela, 2012; Factor Hispano, 2006; Gardner, 2010; Jordan, 2005; Marti, 2014; Pantaleoni, 2014).

Ellenbecker y sus colegas (2017) proponen un enfoque por etapas de la formación de enfermería en la política de salud en cada nivel de la formación de enfermería, siguiendo en gran medida las cuatro etapas de desarrollo político de Cohen en enfermería. El enfoque del contenido de las políticas de salud que estos académicos proponen es progresar desde la organización a las políticas de salud a nivel local, estatal y, por último, nacional. Si bien estamos totalmente de acuerdo con este enfoque de la formación de enfermería, instamos a todas las asociaciones de enfermería, organizaciones de trabajadores de enfermería, etc. a que adopten un enfoque paralelo de vía rápida para adoptar políticas del mismo modo que hemos adoptado la práctica clínica basada en la evidencia. Esto es necesario si queremos alcanzar nuestro pleno potencial de influencia e impacto a nivel organizativo y gubernamental, tanto a nivel local como nacional e internacional (Grinspun, 2016c). Esperamos que la experiencia de RNAO inspire a otros a movilizar sus conocimientos para dar forma a la política y galvanizar su poder para conquistar la política.

LA NECESIDAD PERO INSUFICIENCIA DE UN ENFOQUE BASADO EN LA EVIDENCIA

Para las enfermeras integradas en un enfoque práctico basado en la evidencia, el cambio a las políticas de salud plantea una realización sorprendente: la evidencia, incluso la mejor y más sólida, es una herramienta necesaria, pero en su mayor parte insuficiente, para dar forma a una política pública saludable. A lo largo de los años, los defensores de las políticas han aprendido a aceptar que la evidencia por sí sola no influye en si se producirá un cambio de política, ni en cómo se producirá ni en cuándo; no es más que un factor en un conjunto aparentemente desordenado de influencias, intereses creados y recursos escasos. Hace años, un investigador canadiense muy respetado se acercó a algunos de nosotros para pedirnos comentarios sobre un manuscrito pulido y basado en la evidencia sobre un cambio de políticas que acababa de tomar forma en Ontario. Mientras lo leíamos, sonreímos, ya que el manuscrito era tan exquisito como todo lo demás que este experto había escrito. Sin embargo, el documento era ingenuo e inexacto en su pensamiento de que la evidencia por sí sola había hecho avanzar la decisión política del gobierno. De hecho, qué bueno sería si ese fuera el caso, y qué triste es reconocer que rara vez es así.

Esta realidad (de una política impulsada por pequeñas políticas e intereses arraigados en lugar de la evidencia sobre cómo promover los valores y servicios correctos) fue el combustible que impulsó a RNAO a acelerar

su propio proceso en el campo del compromiso político y de las políticas. De hecho, el propósito principal de RNAO es promover políticas públicas saludables que beneficien la salud de las personas, la atención sanitaria y los servicios de enfermería. Determinados, como la mayoría de las enfermeras, decidimos abordar el desafío como solucionadores de problemas. Y, como la mayoría de las enfermeras, nunca nos rendimos (Grinspun, 2017). En lugar de ello, nos propusimos observar y articular lo que realmente mueve y avanza la política y elaboramos un marco operativo básico que ha guiado el trabajo de abogacía de RNAO y ha producido cambios profundos.

REFLEXIÓN

Piense en una política sanitaria que se haya implantado en su jurisdicción, ¿le sorprende que la evidencia no haya sido el principal motivador en la adopción de esta? ¿Por qué o por qué no?

Esta evolución comenzó con la idea de una asociación profesional que influiría en las políticas relativas al ejercicio de la profesión de enfermería, así como en el sistema sanitario y en el conjunto más amplio de políticas públicas que afectan a la salud y al bienestar, es decir, a los determinantes sociales y medioambientales de la salud. Esta visión encarnaba un tipo diferente de asociación profesional, una asociación de alto perfil que es la que establece la agenda de las políticas públicas. Ninguna otra asociación de enfermería en Canadá, y solo un puñado en el mundo, se ha atrevido a adoptar (en profundidad) un mandato tan amplio y ambicioso.

REFLEXIÓN

¿Cree que la descripción que aquí se ofrece sobre la capacidad de promoción política de las enfermeras en Ontario (Canadá) es similar a la de las enfermeras en su jurisdicción o alrededor del mundo? Si es así, ¿en qué sentido?

Lo que sigue es una mirada a esta transformación que esperamos que despierte el apetito de los demás para aprender más. En primer lugar, presentamos el marco conceptual que ha guiado este trabajo (Grinspun, 2006b; 2007a). A continuación, con dos estudios de casos de experiencias vividas, ofrecemos una muestra del trabajo real y de los logros que se han obtenido. El primer estudio de caso se centra en los servicios de inyección supervisados como parte de una estrategia integral de reducción de daños. El segundo estudio de caso se refiere a la mejora del acceso a los servicios sanitarios, en particular el acceso universal a los dispositivos de descarga para personas con diabetes y úlceras de pie. Siguiendo los estudios de caso, llegamos a una conclusión y exploramos lo que vendrá después.

IDEAS FUNDAMENTALES Y MARCO CONCEPTUAL PARA LA PROMOCIÓN

Al considerar cómo se hace realidad el avance en las políticas públicas, ¿basta con pruebas sólidas? En esta sección tratamos el inquietante reconocimiento de que la respuesta a esta pregunta es "no". De hecho, casi no hay experiencia histórica en los casos en que esto ha sido así. El cambio de políticas requiere, además de pruebas sólidas, la movilización de la voluntad política mediante una promoción concertada e informada. La siguiente discusión presenta ideas fundamentales relacionadas con el avance de las políticas públicas y cómo han sido conceptualizadas como un marco construido sobre dos pilares clave—de evidencia y abogacía—para lograr políticas y prácticas basadas en la evidencia.

LOS DOS PILARES PARA EL AVANCE DE UNA POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE

El reconocimiento fundamental de que la evidencia es necesaria pero no suficiente está en la base de nuestro marco de trabajo para promover una política pública saludable. Así, los dos pilares del marco de RNAO para avanzar las políticas públicas saludables son una evidencia y una abogacía sólidas. El primero es el diseño de

políticas robustas basadas en la evidencia (nos referimos a esto como el pilar de la "evidencia") y la segunda es involucrar a las enfermeras, a los medios de comunicación y al público en general para crear la voluntad política de hacerlas realidad (nos referimos a esto como el pilar de la "acción política" o "acción de abogacía"). Ambos pilares sirven de apoyo a las cinco etapas del avance de políticas públicas saludables.

La Tabla 18.1 proporciona una plantilla del Marco para el Avance de Políticas Públicas Saludables de RNAO (adaptado de Grinspun 2007b), útil para redactar un plan para promover políticas públicas saludables en una agenda específica. La tabla presenta los dos pilares del marco en la columna de la izquierda y las etapas necesarias para avanzar con éxito hacia el objetivo de la política en la fila superior. La matriz resultante, una vez completada con los datos pertinentes a la cuestión de la política, crea un plan de acción basado en la evidencia.

TABLA 18.1 MARCO DE TRABAJO DE RNAO PARA EL AVANCE DE UN MODELO DE PLANIFICACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES

RNAO Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Speaking out for nursing. Speaking out for health.

PILARES	ETAPAS/ DOMINIOS DE ACCIÓN	ENCUADRE (ORIENTACIÓN DE LA CUESTIÓN)	FOMENTO DE LA SENSIBILIZACIÓN (ACEPTACIÓN)	ASEGURAR LA ADOPCIÓN (INFLUENCIA)	MANTENIMIENTO DEL CAMBIO (IMPACTO)	EVALUACIÓN (MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS)
Evidencia	Estadísticas					
	Documentos normativos					
	Guías					
Promoción	Movilización de conocimientos					
	Comunicación y movilización popular					
	Formación de coaliciones					
	Medios de comunicación y redes sociales Promoción directa con políticos y funcionarios públicos					

Adaptado de Grinspun, 2007b
Usado con permiso.

EL PRIMER PILAR: UN ENFOQUE BASADO EN LA EVIDENCIA

Un aspecto fundamental del enfoque de RNAO en materia de políticas es que debe basarse en la evidencia. Esta es la razón del primer pilar, que parte de la creencia de que las políticas deben basarse en un análisis y una investigación cuidadosos, a lo que nos referimos como "políticas basada en la evidencia". La naturaleza de la evidencia varía en función del tema o del resultado político deseado. En lo que respecta a los determinantes sociales de la salud, las estadísticas y una gran cantidad de pruebas interdisciplinarias en materia de política social adquieren relevancia. Del mismo modo, en cuanto a los determinantes ambientales, las pruebas proceden de las ciencias sociales y epidemiológicas. En cuanto a las cuestiones de política de enfermería y salud, se aplica la bibliografía pertinente. Utilizamos una variedad de "herramientas de conocimiento" que se utilizan para el imperativo político específico, incluyendo el uso de estadísticas y datos disponibles que son esenciales sin importar el tema político que estemos persiguiendo. En las cuestiones clínicas en las que se centra este libro, nos basamos en la mejor evidencia clínica y para RNAO las Guías son fundamentales para la elaboración de políticas relacionadas.

REFLEXIÓN

¿Cómo se ve a sí mismo utilizando este Marco para el Avance de Políticas Públicas Saludables? ¿Sería también una herramienta útil para analizar una iniciativa política desde la perspectiva de la evidencia y la promoción, así como desde las cinco etapas del avance de las políticas? ¿De qué manera? Consulte la lista de iniciativas de políticas de RNAO en este capítulo para su consideración.

El enfoque de RNAO, basado en la evidencia, también requiere hacer caso omiso de las posturas basadas en conceptos estrechos de interés propio e insiste en que los valores fundamentales, como la dignidad humana, el bienestar de las personas, la salud para todos y el interés público, deben guiar la política. La intención es que el diseño de políticas aproveche la mejor evidencia disponible sobre cómo promover esos valores. Por esta razón, RNAO ha producido algunos de los mejores y más detallados documentos de política de los profesionales de la salud en Norteamérica y posiblemente en el mundo. Muchos de estos documentos y propuestas de políticas, especialmente en las áreas de enfermería y políticas de salud, están directamente relacionados con nuestro trabajo sobre las Guías y ocurre lo mismo con los dos estudios de caso que se presentan en este capítulo.

REFLEXIÓN

Si hay tantos factores que influyen en la creación de políticas públicas, ¿por qué cree que es tan importante contar con la mejor evidencia para respaldar el trabajo de promoción política?

El uso de la evidencia abarca una serie de formas: una forma de pensar para las estadísticas, acceder a la literatura más sólida sobre el tema y acercarse a los mejores expertos en el campo por su conocimiento y perspicacia. El objetivo final es presentar propuestas de política sólidas como una roca que estén plenamente respaldadas por la evidencia.

EL SEGUNDO PILAR: LLEVAR A CABO UNA CAMPAÑA DE ABOGACÍA ESTRATÉGICA

El segundo pilar implica una campaña política y de abogacía para crear la voluntad política de cambio. Este es un enfoque multifacético, adaptable y ágil que implica el uso de una variedad de herramientas y tácticas que son individualmente importantes y colectivamente poderosas. Incluye la movilización de conocimientos; la comunicación y la movilización de los miembros a nivel local; la formación de coaliciones; el uso intensivo de los medios de comunicación social y alternativos de masas; así como el compromiso directo con políticos, burócratas y líderes de opinión. Cada una de estas tácticas se basa en largas tradiciones de trabajo y en ideas teóricas sobre su eficacia para promover el cambio de políticas (Stachowiak, 2013).

El análisis de los procesos de cambio de políticas nos ayuda a comprender los innumerables factores que influyen en la movilización de políticas de éxito y la necesidad de intervenir en múltiples niveles para asegurar la adopción de políticas (Edwards, Rowan, Marck y Grinspun, 2011). Al diseñar una campaña de abogacía, se debe determinar el potencial para trasladar la evidencia a la adopción de políticas, lo que requiere entender los factores que influyen en la adopción de nuevas políticas y los mecanismos que entran en juego y que aceleran o dificultan la adopción (Edwards et al., 2011; Grinspun, 2012, 2015).

La necesidad de este segundo pilar surgió desde el principio cuando nos dimos cuenta de que se logra poco si las propuestas de políticas sobresalientes terminan olvidadas en el escritorio de alguien. Por eso, nos propusimos transformar y galvanizar a los miembros de RNAO para que se convirtiesen en un grupo de profesionales de la salud altamente informados, valientes, movilizados y políticamente involucrados. Enfermeras, enfermeras especialistas, y estudiantes de enfermería en Ontario han dado un apoyo masivo a este enfoque activista. Además, esto también ha resultado en aumentos sustanciales en el número de miembros que a su vez fortalecen nuestra voz colectiva. Los éxitos de RNAO nos han hecho muy conscientes del poder de la enfermería como grupo político para promover el bien colectivo.

El segundo pilar implica el uso estratégico de cinco dominios clave de promoción (Grinspun, 2006b, 2007a). Cada dominio, a su vez, implica una serie de tácticas y herramientas de acuerdo con las circunstancias y necesidades. Estas cinco áreas de promoción y defensa reflejan la experiencia colectiva de otros y han sido adaptadas y perfeccionadas a través de su uso repetido en múltiples campañas políticas de RNAO:

- **La movilización de conocimientos:** abarca actividades relacionadas con la producción y el uso de los resultados de la investigación, incluida la síntesis, la difusión, la transferencia y el intercambio de conocimientos. En particular, informa sobre el debate público, las políticas y las prácticas en un área en particular (Social Sciences and Humanities Research Council [SSHRC], 2017). Para RNAO, la acción de abogacía sobre un tema en particular comienza con poner la evidencia a disposición de los miembros de RNAO, otros profesionales de la salud relacionados, investigadores, formuladores de políticas, partes interesadas y funcionarios públicos. Ocurre a través de varios medios, incluyendo conferencias, seminarios presenciales y en línea, documentos de referencia, hojas de resúmenes, presentaciones de diapositivas, artículos de boletines informativos, campañas de posters, así como las columnas del presidente y de la Directora General en la revista *Registered Nurse Journal* de RNAO (Grinspun, 2014).
- **La comunicación con los miembros y la movilización de las bases:** el trabajo de RNAO se basa en una larga tradición de movimientos de base, que cree que los grupos pueden ganar poder participando en la acción colectiva para el cambio (Alinsky, 1989). Como se discute más adelante, la movilización de las bases de sus miembros es fundamental para el éxito de las políticas de RNAO, incluyendo los dos estudios de caso que se presentan a continuación. Esto ha implicado mantener a los miembros bien informados a través de un boletín electrónico mensual "In the Loop"; la construcción de una organización de base para todos los miembros respaldada por el personal de RNAO, la junta directiva, la asamblea de líderes, las sucursales locales y los grupos de interés; una cultura de acción política; el fomento de una identidad colectiva y el perfeccionamiento de herramientas tales como alertas de acción, campañas de la semana de enfermería y los diversos temas que abordamos en la revista *Registered Nurse Journal*.
- **Creación de coaliciones**: una coalición de incidencia política es una herramienta eficaz para promover cambios en las políticas públicas, implica la búsqueda de aliados con creencias centrales similares y la coordinación de acciones con ellos. Por lo tanto, las coaliciones de defensa y promoción incluyen a participantes que comparten creencias políticas centrales similares y se involucran en un grado no trivial de coordinación (Weible & Sabatier, 2006, p. 128). RNAO no solo ha sido eficaz en la búsqueda de poderosos aliados de coalición, sino que a menudo también desempeña un papel de liderazgo, como se ejemplifica en los estudios de caso que se presentan en este capítulo.

- **Medios de comunicación social y alternativos**: RNAO es muy consciente del papel de los medios de comunicación en la definición de la agenda y de su poder para moldear la opinión pública e influir en la forma en que imaginamos los asuntos públicos (McCombs, 2014). Desde el principio, la función de promoción de RNAO requirió conexiones con periodistas y un esfuerzo concertado para que su voz se amplificara a través de los medios de comunicación: artículos de opinión, cartas al editor, entrevistas, etc. RNAO también buscó una variedad de otros lugares para llevar adelante su mensaje. Como ya se ha dicho, la *Registered Nurse Journal* de RNAO ha desempeñado un papel importante, ya que cada tema pone de relieve las intervenciones políticas clave que RNAO y sus miembros están llevando a cabo y las columnas de la directora general y presidenta de RNAO están cuidadosamente dedicadas a las áreas de políticas difíciles que estamos abordando colectivamente (Burkoski, 2015; McNeil, 2012). Otros lugares pueden incluir, por ejemplo, carteles de la semana de enfermería en el transporte público (RNAO, 2010). Hemos realizado inversiones concertadas en el desarrollo del talento y, con mucho éxito, en la expansión del uso de los medios sociales (Twitter, Facebook, Instagram) y la influencia de RNAO dentro de los medios alternos como blogs, sitios web, medios online, etc. (Grinspun 2015). Se recoge y se evalúa la presencia de los medios de comunicación en todas sus formas.
- **El compromiso directo con políticos, burócratas y otros líderes de opinión**: RNAO reconoce la realidad de la concentración de poder e influencia y el poder de las personas clave para lograr el cambio. La planificación de una campaña política por parte de RNAO incluye una comprensión detallada de la distribución del poder y la toma de decisiones sobre el tema. Por lo tanto, los esfuerzos de abogacía se centran en influir en las organizaciones de individuos clave y en las fuerzas políticas. En el caso de RNAO, esto ha implicado una estrecha relación de trabajo con el Gobierno de Ontario y una campaña de abogacía hacia el mismo. La calidad de la participación es importante, por ejemplo, el enfoque estrictamente no partidista y centrado en el tema de la participación política de RNAO le ha hecho merecedor del respeto de todos los partidos políticos de Ontario y de la capacidad de trabajar con gobiernos de todas las tendencias. El compromiso en sí mismo se realiza a través del uso prudente de reuniones formales e informales, llamadas, cartas, participación en consultas públicas, Twitter, correos electrónicos y campañas de llamadas telefónicas dirigidas a individuos particulares (tales como con las Alertas de Acción lideradas por RNAO).



¿Cuáles son las características de una asociación profesional que la hacen más adecuada como organismo de abogacía? ¿Existen características que puedan tener un impacto negativo en las actividades de abogacía?

PROMOCIÓN DE INICIATIVAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES

Historias de éxito de RNAO en Ontario, Canadá (Grinspun, 2012, 2015, 2016a, 2017):

- **Legislación y financiación de enfermeras especialistas (1998**): el gobierno de Ontario emite legislación y financiación para las enfermeras especialistas después de que RNAO ha traducido realizado una labor de promoción continua para promover sus contribuciones integrales y ampliar su ámbito de práctica.
- **Acceso a la práctica con una carrera (2000):** el gobierno provincial aprueba una ley que hace obligatoria la obtención de un título universitario para la práctica de las enfermeras diplomadas (RN) en Ontario.
- **Nueva garantía de empleo para graduados (2007):** el gobierno provincial establece una garantía de empleo a tiempo completo para los nuevos graduados de Enfermería de Ontario.
- **Clínicas dirigidas por enfermeras especialistas (2007)**: la primera clínica dirigida por enfermeras especialistas (NP) abrió sus puertas en Sudbury, Ontario. Al año siguiente, el gobierno provincial prometió abrir 25 clínicas en comunidades de todo Ontario.

- **La Estrategia de Reducción de la Pobreza de Ontario (2008):** el gobierno de Ontario anuncia esta estrategia, señalando una nueva visión para una sociedad más justa.
- **Prohibición provincial de pesticidas para uso cosmético (2008)**: se aprueba el proyecto de Ley 64, de la legislación provincial para prohibir el uso y la venta de pesticidas con fines cosméticos.
- **Ampliación del alcance de la práctica de las enfermeras especialistas (2010):** se realizan cambios importantes en el papel de las enfermeras especialistas (NP), otorgándoles la autoridad para trabajar de forma autónoma, recetar sin "una lista" e ingresar, tratar, transferir y dar de alta a los pacientes en todas las unidades del hospital. Ontario se convierte en la primera jurisdicción de Norteamérica, y Canadá en uno de los únicos tres países del mundo, en disfrutar de la ampliación del alcance de la práctica de las enfermeras especialistas.
- **Empoderamiento de posiciones de liderazgo en enfermería (2011):** el gobierno de Ontario pone en marcha la *Ley de Cuidados de Excelencia para Todos* de 2011 (Proyecto de Ley 46) y modifica las normas para exigir que los directores ejecutivos de enfermería sean miembros permanentes de las juntas y los comités de calidad de los hospitales, y lo mismo para los directores de enfermería en las unidades de sanidad pública. El proyecto de Ley 46 también exige que las organizaciones de salud se centren en la práctica basada en la evidencia.
- **Cierre de plantas de carbón (2011):** el Ministro de Energía de Ontario anuncia el cierre definitivo de dos generadores de carbón adicionales, en respuesta parcial a una campaña de RNAO, Canadian Association of Physicians for the Environment, y la Ontario Clean Air Alliance para cerrar las plantas de carbón inmediatamente.
- **Empleo a tiempo completo del 70% en enfermería (2012):** la "solución del 70%" de RNAO se aplica en toda la provincia, por lo que al menos el 70% de las enfermeras en cada entorno laboral son permanentes a tiempo completo (RNAO, 2003, 2005). Como resultado, en Ontario, el 68,6% de las enfermeras tenían empleo a tiempo completo en 2012, mientras que en Canadá la tasa correspondiente era del 54% (RNAO, 2014).
- **Prohibición del turismo médico (2014):** el Ministro de Salud de Ontario emitió una directiva a todos los hospitales de Ontario para que no comercializasen, solicitasen o tratasen a pacientes internacionales, excepto en casos relacionados con contratos existentes. También pidió a los hospitales que no celebraran nuevos convenios internacionales que incluyeran el tratamiento de extranjeros en Ontario (Glauser, 2014).
- **Protección de la salud de los refugiados (2015):** el gobierno provincial escuchó la protesta de RNAO y otros proveedores de atención sanitaria contra los recortes al Programa Federal de Salud Provisional, un programa nacional de seguro médico que cubre a los refugiados y a los solicitantes de refugio hasta que son elegibles para los planes de salud provinciales y territoriales. También se comprometen a hacer que el Programa Federal de Salud Provisional sea más completo de lo que era antes de los recortes.
- **Adopción del modelo ECCO de RNAO para la atención comunitaria (2016)**: se presentó el proyecto de ley 210-Patients First Act, con la publicación de un documento de análisis del Ministro de Salud de Ontario, que proponía que las Redes Locales de Integración de la Salud asumieran la responsabilidad de la planificación de todo el sistema y la rendición de cuentas por el rendimiento. Además, proponía que los principales sectores del sistema de salud estuvieran alineados bajo un mismo paraguas: las Redes Locales de Integración de la Salud. El informe acreditó el trabajo de RNAO y citó su innovador informe Mejoras de la atención comunitaria para las personas de Ontario (*Enhancing Community Care for Ontarians*) (RNAO, 2012, 2014) por su nombre.
- **Adopción de un salario mínimo de 15$ (2017):** el gobierno de Ontario elevó el salario mínimo a 15$ por hora, el mayor aumento en la historia de la provincia.
- **Investigación pública sobre la seguridad de los residentes en las residencias de cuidados de larga duración (2017):** Ontario designó a un juez para que dirigiera una investigación pública independiente sobre las políticas, los procedimientos y la supervisión de las residencias de cuidados de larga duración, lo que podía haber contribuido a la agresión y la muerte de ocho residentes que se encontraban bajo el cuidado de la asesina en serie convicta y exenfermera, Elizabeth Wettlaufer.

Construyendo un movimiento de base

Un elemento crucial en el segundo pilar ha sido la capacidad de RNAO para movilizar a sus miembros, que en la actualidad cuenta con más de 41.000 miembros en torno a cuestiones de políticas públicas. En efecto, esta ha sido una estrategia para construir un movimiento de base, dispuesto a movilizarse de manera concertada y a ejercer la máxima presión a todos los niveles, desde "abajo" y desde "arriba".

Todo comienza con el fortalecimiento de capacidades de los miembros, de modo genuino, intencional y continuo; utilizando documentos de análisis de políticas, seminarios en línea, talleres de acción política y mucho más. También implica apoyar a los miembros a través de una tutoría continua y dotarlos de las herramientas que necesitan para adoptar acciones políticas y desplegar su poder individual y colectivo (RNAO, 2015c). Los miembros reciben formación y a menudo estas reuniones (en persona o virtualmente a través de seminarios en línea) se llevan a cabo con mucha conexión personal, compromiso y pasión. Los miembros también se vinculan a través de la red de RNAO de capítulos regionales y grupos interesados, creando así contingentes locales y especializados de miembros comprometidos dispuestos a movilizarse en asuntos de políticas particulares de interés (por ejemplo, el trastorno del síndrome de alcoholismo fetal) o a dar voz a las preocupaciones y soluciones colectivas (por ejemplo, la sustitución de las enfermeras tituladas) a nivel local. Conocer a los políticos locales y a otras partes interesadas locales ha hecho que los miembros sean respetados en su entorno local y ha ampliado el alcance de la influencia colectiva de RNAO. También se alienta y apoya a los miembros para que participen en foros públicos, asistan a reuniones de secciones y grupos de interés y expresen sus puntos de vista a través de los medios de comunicación, "alertas de acción" y cartas al editor.

La junta directiva de RNAO y su personal han inculcado un sentido de empoderamiento en los miembros al demostrar que pertenecer a RNAO significa estar en el círculo, ser parte de un panorama más amplio y ser capaz de ganar influencia y tener un impacto positivo. No es de extrañar que la presencia, influencia e impacto de RNAO hayan aumentado en la última década, en Ontario, en todo Canadá y en el extranjero. El aumento del número de miembros ha significado un aumento de la movilización. El resultado ha sido un notable esfuerzo político y de promoción que ha involucrado a los gobiernos de Ontario de diferentes tendencias políticas para lograr un cambio positivo en la profesión de enfermería y en el sistema de salud.

Un ejemplo importante es la asamblea de representantes de RNAO (la dirección oficial de la asociación) compuesta por unas 140 enfermeras, enfermeras especialistas y estudiantes de enfermería, incluyendo a los dirigentes de las 35 secciones locales de RNAO y 31 grupos de interés de toda la provincia de Ontario. Reconociendo la importancia primordial del activismo político, RNAO ha invertido tiempo y recursos para promover la creación de capacidades entre estos líderes.

Durante los últimos 20 años, la asamblea de representantes ha recibido capacitación formal y apoyo continuo del personal de RNAO en cada uno de los cinco ámbitos de abogacía. Esto incluye la proporción de materiales y orientación sobre cómo utilizar la evidencia que es relevante para el imperativo político que la asociación defiende; coordinar y proporcionar antecedentes para que participen activamente con los miembros del Parlamento provincial y/o del Parlamento federal; y aprovechar los medios de comunicación y las comunicaciones a través de todas las etapas de nuestra abogacía de políticas. Como se puede ver en el primer estudio de caso, RNAO también emite alertas de acción basadas en la evidencia y centradas en áreas temáticas específicas que se envían a los líderes políticos de todos los partidos.

Promoción directa con políticos y funcionarios públicos

Como parte de una amplia gama de tácticas de abogacía que se han desarrollado a lo largo de dos décadas, RNAO lleva a cabo tres eventos formales anuales de activación de políticas, con cada uno de ellos que conduce al siguiente.

Lleve a su miembro del Parlamento provincial al trabajo: esta iniciativa, creada en 2001, tiene lugar cada año durante la semana de enfermería y está dirigida a los tres principales partidos políticos. Las enfermeras, las enfermeras especialistas y los estudiantes de Enfermería invitan a miembros del Parlamento provincial para ver de primera mano la experiencia necesaria para proporcionar día a día atención sanitaria de alta calidad a los habitantes de Ontario. Las visitas también permiten a los políticos comprender mejor la amplitud y profundidad de la práctica de la enfermería en Ontario (la jurisdicción más grande de Canadá) y las oportunidades y desafíos asociados con la prestación de atención en diferentes entornos. Desde sus inicios, *Lleve a su miembro del Parlamento provincial al trabajo* se ha convertido en un evento muy popular tanto para enfermeras como para los miembros de los Parlamentos provinciales. Nuestros miembros han llevado a los primeros ministros, ministros del gabinete, líderes de la oposición y miembros de los Parlamentos provinciales para trabajar en entornos de atención primaria, clínicas dirigidas por enfermeras especializadas, programas de enfermería ambulatoria, unidades de salud pública, escuelas, hospitales, centros de rehabilitación, residencias de cuidados de larga estancia, etc. Cada año, entre 60 y 70 miembros de los Parlamentos provinciales disfrutan de la experiencia única de ver a enfermeras, enfermeras especialistas y estudiantes de Enfermería prestar servicios de salud en todo tipo de consultorios en Ontario (RNAO, n.d.-c).

Queen's Park on The Road (reuniones en las oficinas locales de los políticos): esta iniciativa tiene lugar de septiembre a diciembre. Este día fue propuesto originalmente en 2013 como un evento para reemplazar el Día de Queen's Park (descrito a continuación) porque la legislatura de ese año había sido prorrogada y las elecciones habían sido convocadas. El evento tuvo tanto éxito que los miembros nos dijeron que querían reunirse con los miembros de los Parlamentos provinciales en sus oficinas cada año. Desde entonces, cada año, enfermeras, enfermeras especialistas y estudiantes de Enfermería (miembros de RNAO) se reúnen con los miembros del Parlamento provincial de todos los partidos políticos en las oficinas de los miembros del Parlamento provincial y les instan a que adopten recomendaciones específicas. En estas reuniones, los miembros se centran en aumentar el acceso a los servicios de enfermería, mejorar la atención sanitaria y mejorar los determinantes sociales y ambientales de la salud. Las enfermeras asisten a la reunión bien preparadas con un paquete de políticas exhaustivas basadas en la evidencia (tituladas "backgrounders"), preparadas por el departamento de políticas de expertos de RNAO y el personal de comunicaciones. *Queen's Park on The Road* es una actividad efectiva de compromiso político para los miembros. La oportunidad de reunirse con los miembros de los Parlamentos provinciales en sus oficinas locales para discutir temas prioritarios de enfermería y salud empodera a las enfermeras y demuestra que pueden tener un impacto en las políticas públicas e influir en un cambio saludable para todos (RNAO, n.d.-b).

REFLEXIÓN

¿Cómo influyen estas tácticas de abogacía en el proceso político? ¿Puede dar un ejemplo de cómo una iniciativa incubada en un evento de este tipo podría desarrollarse para formar parte de una agenda política más amplia?

El *Día de Queen's Park* es un evento dinámico y muy significativo tanto para RNAO como para los políticos. Tiene lugar en febrero cuando la legislatura abre sesión, lo que permite a la junta directiva de RNAO y a los líderes de la asamblea (compuesta por 140 representantes) visitar y reunirse con los miembros del Parlamento provincial durante un día completo en la legislatura. Comienza con un desayuno con estos miembros, seguido de un turno de preguntas en el que muchas de las enfermeras y líderes de estudiantes de Enfermería son reconocidos individualmente por sus miembros del Parlamento provincial locales, y luego una hora completa para dialogar y hacer preguntas con el Primer Ministro de Ontario y el Ministro de Salud y Cuidados de Larga Duración, así como una hora con cada uno de los líderes de los partidos de la oposición y sus críticos de salud (RNAO, 2017d).

REFLEXIÓN

¿Puede identificar tácticas de abogacía similares utilizadas por su asociación profesional y reflexionar sobre sus resultados?

Ontario tiene 107 miembros del Parlamento provincial. En total, de 98 a 104 de ellos participan en, al menos, uno de los eventos a lo largo del año cada año. Más de 60 miembros del Parlamento provincial participan en dos y hasta 45 en los tres eventos.

RNAO evalúa cada uno de estos eventos para asegurar nuestra continua efectividad en el impacto de políticas públicas saludables. Lo más importante es que estas iniciativas de activación política estén ancladas en valores profundamente arraigados, orientados a lograr la salud para todos. Impulsada por un trabajo intelectual sólido y basado en la evidencia, y una buena dosis de coraje, esta extensa labor de abogacía de los miembros podera a RNAO y a sus miembros para persuadir a los políticos de que reúnan la voluntad de hacer lo que es correcto para el público (Grinspun, 2017). Los siguientes estudios de caso ejemplifican este punto crítico.

ETAPAS DE LA PROMOCIÓN DE POLÍTICAS

Como se indica en la fila superior de la Tabla 18.1, el marco para el avance de las políticas públicas saludables consta de cinco etapas en la campaña de abogacia para avanzar en un tema particular de política saludable. Avanzar con éxito de una etapa a la siguiente requiere el compromiso estratégico de los dos pilares de la acción: el aprovechamiento de la evidencia y la realización de una campaña de abogacía eficaz que abarque una serie de ámbitos de acción. El reto estratégico de una campaña es seleccionar el "qué", el "cómo" y el "cuándo" de los dominios y las acciones específicas dentro de cada uno de ellos que se van a desarrollar de forma individual o colectiva. Las cinco etapas son:

1. **Encuadre (orientación de la cuestión):** de acuerdo con el lingüista George Lakoff (2004), los *marcos* son estructuras mentales que dan forma a la manera en que vemos el mundo. Los marcos dan forma a las metas que buscamos, a la forma en que actuamos y a lo que se considera bueno o malo. En política, nuestros marcos dan forma a las políticas sociales, a lo que apoyamos y a lo que rechazamos. Cambiar nuestros marcos es cambiar todo esto; por lo tanto, reencuadrar representa el cambio social (Lakoff, 2004, p. xv). El trabajo de promoción de RNAO comienza por enmarcar el tema en cuestión para nuestros miembros, el público y los líderes de opinión. Queremos enmarcar la cuestión de una manera que haga que la gente se preocupe, que hable de sus valores e intereses y que deje claro por qué debe producirse el cambio. En el primer estudio de caso, ¿por qué debería importarnos si la gente muere en la calle como resultado de sobredosis de drogas? En el segundo caso, ¿por qué debería importarnos si se hacen dos mil amputaciones al año?
2. **Fomento de la sensibilización (aceptación):** esta es la etapa en la que los responsables políticos deciden que deben actuar. Esto podría ser el resultado de una formulación eficaz de la cuestión entre sectores importantes del público a través de una campaña de sensibilización de éxito. O podría ser el resultado de una campaña eficaz de abogacía con importantes repercusiones políticas para los responsables de la toma de decisiones y el reconocimiento de los derechos humanos, ya que la única manera de detener la campaña es actuar de acuerdo con las demandas. No importa cómo se produzca la aceptación de los responsables políticos, esta es la etapa en la que se adopta o se promete una dirección política, por lo que representa un hito importante en la campaña de abogacía, pero de ninguna manera el fin. Esta es una etapa de progresión que, como verán en los estudios de caso, es vulnerable, ya que las promesas no siempre nos llevan a la meta.
3. **Asegurar la adopción (influencia)**: como se dijo anteriormente, en un mundo ideal, una vez que los responsables de la toma de decisiones han decidido actuar y han anunciado sus planes, todo está resuelto. En realidad, la lucha en torno a la adopción de nuevas políticas continúa a lo largo de su implantación. En esta etapa, la abogacía se centra en asegurar que se implanten los cambios correctos y las políticas efectivas. Con intereses arraigados que seguramente se verán afectados por las políticas propuestas, la lucha será en los términos, el momento y la profundidad de las nuevas políticas. Por lo tanto, se trata de asegurarse de que lo que se prometió ocurra realmente; es un proceso, con reveses y éxitos, que puede ser prolongado y desigual. Cuando se trata de un éxito rotundo, los cambios de política se implantan e institucionalizan. Una vez más, veremos pruebas de esta etapa en los dos estudios de caso.

4. **Mantenimiento del cambio (asegurar el impacto)**: esta es la etapa en la que se implantan los cambios en la política. La defensa y promoción se centra en mantener el cambio, asegurándose de que los recursos políticos, financieros o de otro tipo, como la educación, la adopción de políticas por parte de las partes interesadas y el seguimiento de los progresos, estén ahí para mantener el cambio. En esta etapa, es fundamental seguir estando atentos a intereses particulares que pueden seguir intentando descarrilar, diluir el cambio o distorsionar su implantación. Esta es una etapa de acompañamiento de los cambios esperados, que puede implicar un apoyo activo a la implantación o a una acción de abogacía política "discreta".
5. **Evaluación (medición del impacto):** esta es una etapa a más largo plazo en la que se evalúan y miden los impactos reales del cambio de políticas. ¿Fueron los resultados de la política los que se esperaban cuando se concibió? ¿O los resultados fueron diferentes e inesperados? Esta es una etapa de extracción de lecciones y análisis de resultados. En la mayoría de los casos, esta evaluación es compleja dado el desafío de aislar los impactos del cambio de una política en particular de muchos otros cambios en el entorno político.

REFLEXIÓN

Al leer los estudios de caso que se presentan a continuación, considere la posibilidad de utilizar el Marco para el Avance de Políticas Públicas Saludables para ayudar a guiar su evaluación de cómo este marco dirigió el proceso.

Pasamos ahora a la presentación de los dos estudios de caso. La siguiente sección presenta un estudio de caso sobre los servicios de inyección supervisados y la siguiente, un estudio de caso sobre el acceso a los servicios para personas con diabetes.

ESTUDIO DE CASO

VINCULACIÓN DE LA EVIDENCIA Y LA ABOGACÍA PARA SERVICIOS DE INYECCIÓN SUPERVISADOS EN ONTARIO

Los programas integrales de reducción de daños son fundamentales para salvar vidas y ayudar a las personas que consumen sustancias, minimizar el estigma y crear comunidades más saludables. RNAO ha elaborado dos Guías de Buenas Prácticas ampliamente reconocidas sobre el tema. La primera es *Apoyo a pacientes en tratamiento con metadona,* publicada en 2009, y la segunda es *Implicar a pacientes que usan sustancias* (RNAO, 2015a).

Los servicios de inyección supervisados son un componente importante de un programa integral de reducción de daños. Sin embargo, han generado mucho debate, escrutinio y llamados para dar forma a la política con evidencia. La cuestión se puso de manifiesto en 2011 cuando Insite, la primera instalación de servicios de inyección supervisados legal de Norteamérica (Vancouver, British Columbia [BC]), fue amenazada de cierre por un gobierno federal que se negó a prestar atención a la evidencia y llevó el asunto a la Corte Suprema de Justicia de Canadá.

RNAO es un partidario incondicional de Insite como un servicio de salud pública basado en la evidencia que demuestre beneficios de reducción de daños para los individuos y las comunidades (Grinspun, 2016b). En 2007, la resolución de RNAO en apoyo a la de la promoción de la enfermería para asegurar la sostenibilidad a largo plazo de Insite fue aprobada en la Asamblea General Anual de la Asociación Canadiense de Enfermeras. RNAO formó una coalición con las organizaciones de enfermería que solicitaban el estatuto de parte coadyuvante, y presentar argumentos ante el Tribunal Supremo de Canadá. Aseguramos el estatus de coadyuvante y difundimos el mensaje a través de los medios de comunicación (RNAO, 2011c) y las comunicaciones a los miembros (RNAO, 2011b). En última instancia, la evidencia e intervenciones públicas contribuyeron a la decisión que permitió a Insite mantener sus puertas abiertas. La victoria de Insite puso el trabajo de base para llevar los servicios de inyección supervisados a los canadienses en otros países y provincias, incluyendo a Ontario.

Este estudio de caso examina el papel integral de la evidencia en la promoción e información del cambio y la forma en que RNAO movilizó a la profesión, los medios de comunicación y al público para trasladar la evidencia a la política. Destacamos el enfoque multidimensional que RNAO desempeñó en la consecución de los objetivos de la asociación en la aprobación de tres centros de inyección supervisados propuestos en Toronto. Terminamos el estudio de caso volviendo a la evidencia con el lanzamiento de RNAO del desarrollo de una Guía centrada en la atención de enfermería de personas en los servicios de inyección supervisados.

MOVILIZAR EL CAMBIO CON LA EVIDENCIA

Según los datos de la Oficina de Estadísticas de Canadá de 2012, alrededor de seis millones de personas (alrededor del 21,6% de los canadienses) cumplían los criterios para padecer un trastorno por uso de sustancias durante su vida (Pearson, Janz y Ali 2013). Mientras que el tabaco y el alcohol son responsables de más muertes y hospitalizaciones que las drogas ilícitas (Single, Rehm, Robson y Truong, 2000), el dramático aumento de las muertes súbitas debidas a sobredosis de opiáceos impulsó al Ministro de Salud de Columbia Británica a pedir reconocimiento de una "emergencia nacional de salud pública" (Woo, 2017). Jane Philpott, la entonces Ministra de Salud de Canadá, reconoció que el creciente número de sobredosis de muertes puede ser "la mayor crisis de salud pública a la que nos enfrentamos en Canadá" (Woo, 2017, párrafo 2).

Las estimaciones federales preliminares para 2016 son que hay 2.458 muertes relacionadas con los opioides en Canadá, lo que supone una media de casi siete personas al día (Public Health Agency of Canada, 2017). Seguramente estos números sean superiores, ya que los datos no incluyen Quebec y se han usado los datos de Ontario de 2015. La tasa anual de muertes relacionadas con los opiáceos en Ontario ha aumentado un 285% desde 1991 (144 muertes) hasta 2015 (734 muertes) (Gomes et al., 2017). En 2015, de media dos personas murieron en Ontario cada día a causa del uso de opiáceos (Gomes et al., 2017). La crisis continúa escalando. Ontario anunció que hubo 412 muertes relacionadas con los opiáceos durante los primeros seis meses de 2016, lo que supuso un incremento del 11% en comparación con el mismo periodo de tiempo en 2015 (MOHLTC, 2017). Además de las muertes de los opiáceos recetados, la introducción del fentanilo y la carfentanil como sustancias compradas ilícitamente, en gran medida, aumenta las posibilidades de sobredosis mortales (Howlett, 2016; Howlett, Giovannetti, Vanderklippe y Perreaux, 2017).

MOVILIZAR EL CAMBIO CON PODER: DAR VOZ A INSITE

Insite se inauguró en 2003 como el primer centro de supervisión legal en Norteamérica. Es una parte integrada de la atención continua de Vancouver Coastal Health, donde las personas que consumen sustancias problemáticas pueden inyectarse antes de obtener las drogas y conectar con los servicios de salud y adicción (RNAO, 2011a). Su funcionamiento se basa en la premisa de reducción de daños, que tiene por objeto reducir los efectos adversos sanitarios, sociales y económicos del consumo de drogas sin que requieran la abstinencia del consumo de drogas (RNAO, 2011a).

Habiendo abierto bajo el liderazgo del gobierno federal liberal, Insite se enfrentó a una serie de intentos de cerrar sus puertas desde que los conservadores llegaron al poder en 2006. A pesar de dos decisiones judiciales en Columbia Británica a favor de su ejercicio continuo, la Corte Suprema de Canadá acordó en junio de 2010 escuchar la apelación del gobierno federal de dichas sentencias. Reconocer la amenaza hacia Insite, así como a sus pacientes, enfermeras, otros empleados, y el impacto general de la reducción de daños, RNAO invitó a la Asociación Canadiense de Enfermeras y a la Asociación de Enfermeras Registradas de Columbia Británica para formar una "coalición de enfermería" y contrarrestar la política con la evidencia (RNAO, n.d.-a, 2011a).

La coalición de enfermería habló sobre la eficacia de Insite, basándose en una amplia evidencia e investigación. Por ejemplo, Insite recibió un promedio de 702 visitas diarias en 2009 y vio un promedio de 491 inyecciones supervisados (RNAO, 2011b). Se realizaron cerca de 500 intervenciones de sobredosis sin víctimas mortales y más de 6.200 personas fueron remitidas a tratamiento de desintoxicación y adicción en otras agencias de servicio (RNAO, 2011b). Más de 30 estudios similares fueron revisados y arrojaron resultados de los beneficios de Insite para los pacientes y la comunidad en general, que van desde la reducción de las inyecciones públicas hasta la reducción de los niveles de comportamientos de riesgo de VIH y un aumento en la búsqueda de tratamiento de la adicción (RNAO, 2011b). Relatos anecdóticos, como los de *Registered Nurse Journal* de RNAO (2011b) sobre dos enfermeras que trabajan en la reducción de daños, complementan aún más los datos para demostrar que Insite está dirigido por profesionales capacitados y que cuenta con pruebas que marcan una diferencia en la vida de las personas. La coalición de enfermería se basó en la sólida evidencia y la fuerza colectiva de la enfermería para obtener el estatus de coadyuvante ante la Corte Suprema de Canadá en la audiencia de mayo de 2011 (RNAO, 2011d). Más tarde, ese mismo año, la coalición celebró la decisión unánime de la corte de mantener Insite abierto (RNAO, 2011c).

La victoria de Insite representó un progreso en más de en una sola dirección. Afirmó la importancia del efecto de salvar y cambiar vidas que ofrecen los servicios de inyección supervisados como parte integrante de la reducción de daños para pacientes que necesitan ayuda y apoyo. Destacó la contribución de las enfermeras, tanto para el bienestar de sus pacientes como para las decisiones que afectan a las enfermeras y el

público al que servimos. La victoria que se logró a través de la acción colectiva reflejó el poder de combinar la evidencia, la experiencia en políticas, los medios de comunicación y las comunicaciones. Son los mismos elementos de este marco los que guían los esfuerzos de RNAO en la próxima fase de llevar servicios supervisados de inyección a Ontario.

POTENCIAR LOS SERVICIOS DE INYECCIÓN SUPERVISADA EN ONTARIO

Aunque la decisión de 2011 a favor de Insite fue una señal alentadora para el movimiento de reducción de daños, en 2013 surgió otro obstáculo cuando el gobierno federal presentó el proyecto de Ley C-65 (RNAO, 2013c). El nuevo proyecto de ley planteaba requisitos onerosos diseñados para evitar que los servicios de inyección supervisados se implantaran. Este movimiento regresivo contrastaba con la evidencia de la investigación que recomendó la integración de estos centros en los servicios de salud existentes en Toronto y Ottawa (Bayoumi et al., 2012). Con el fin de responder a la necesidad documentada de centros con servicios de inyección supervisados, el panel de Implantación de Estrategias contra las Drogas de Toronto se reunió con un grupo de trabajo (de los cuales RNAO fue miembro) para ver la implantación de los servicios de inyección supervisados y sus desafíos. Con la publicación del informe del grupo de trabajo *Herramientas para los servicios de inyección supervisados* (2013) y las recomendaciones del personal de Toronto Public Health, se instó a la Junta de Salud a abogar por fondos provinciales para integrar los centros de inyección supervisados en los servicios de salud clínica existentes y a oponerse al proyecto de Ley C-65.

RNAO mostró su apoyo en la implantación de servicios de inyección supervisados en Toronto al proporcionar una cita en un comunicado de prensa de Toronto Public Health (2013). La directora ejecutiva, la Dra. Doris Grinspun, representó a RNAO como la primera oradora en la Junta de Salud de Toronto con un mensaje claro: "La implantación de los servicios de inyección supervisados es una política pragmática, basada en la evidencia que mejorará los resultados sanitarios, previene muertes innecesarias y contribuye a que las comunidades sean más seguras". (RNAO, 2013a, párr. 2). La directora ejecutiva Grinspun señaló que un liderazgo fuerte desde Toronto era "crítico no solo para la gente de Toronto sino también para la gente vulnerable en Ontario y Canadá" (RNAO, 2013a, párr. 7).

Al mismo tiempo, RNAO presentó una carta abierta al entonces ministro del Minister of Health and Long-Term Care (MOHLTC) Deb Matthews, con copia para el Primer Ministro y para los líderes de los partidos provinciales de la oposición, que instaba al gobierno de Ontario a que se pronunciara contra el proyecto de ley C-65 y financiara la integración de los centros de inyección supervisados en los servicios clínicos de salud existentes (RNAO, 2013b). En un espíritu de acción combinada, RNAO solicitó apoyo a esta última junto con la Asociación Canadiense de Enfermeras, la Asociación Médica Canadiense, la Asociación Canadiense de Salud Pública, la Asociación Canadiense de Control de Infecciones Comunitarias y Hospitalarias de Canadá, Public Health Physicians of Canada y la Red Urbana de Salud Pública (RNAO, 2013b).

RNAO también solicitó más apoyo con una alerta de acción. Las *alertas de acción* de RNAO movilizan a enfermeras, otros profesionales de la salud y miembros de la comunidad para que formen parte de un movimiento uniéndose y ampliando así la voz para el cambio. Los miembros están equipados con los antecedentes necesarios sobre el tema, así como con los modos de acción. En este caso, podrían firmar la alerta de acción para reforzar las peticiones en la carta abierta de RNAO, que también llegaría al Ministro de Salud, al Primer Ministro y a los líderes de los partidos provinciales (RNAO, 2013c). Como resultado, 1.038 personas enviaron un firme mensaje al Ministro y al Primer Ministro. Esta alerta de acción se presenta en la Figura 18.1, mientras que la barra lateral muestra una alerta de acción posterior (RNAO, 2017a), solicitando al gobierno provincial que proporcionase financiación inmediata para los servicios de inyección supervisados.

PEDIR A QUEEN'S PARK QUE PROPORCIONE FONDOS INMEDIATOS PARA LOS SERVICIOS DE INYECCIÓN SUPERVISADOS

Gracias a las más de 750 personas que han firmado la alerta de acción de RNAO instando al Primer Ministro Wynne a que anuncie la financiación de servicios de inyección supervisados en Toronto y Ottawa. Nos estamos acercando y por eso les pedimos a aquellos de ustedes que aún no hayan firmado, por favor, tómense un minuto para sumar su voz e insten a que se haga presente de inmediato la financiación para renovaciones en cuatro posibles centros para que el proceso de aprobación de los servicios de inyección supervisados de Health Canada pueda seguir adelante.

Cada 13 horas, se produce una muerte relacionada con los opiáceos en Ontario. Al igual que en Columbia Británica, muchas de estas muertes son por sobredosis accidentales relacionadas con el fentanilo. Los servicios de inyección supervisados pueden evitar muertes por sobredosis, pero estos servicios no están disponibles actualmente en Ontario.

Las pruebas son concluyentes: el acceso a los servicios de inyección supervisados salvará vidas.

El gobierno de Ontario debe anunciar inmediatamente la financiación de los servicios de inyección supervisados en Ottawa y Toronto para complementar los servicios de salud existentes y salvar vidas.

Se enviarán copias a:

- Primer ministro, Kathleen Wynne
- Patrick Brown, PC Leader
- Andrea Horwath, NDP Leader
- John Fraser, Parliamentary Assistant del Minister of Health and Long-Term Care
- Jeff Yurek, PC Health Critic
- France Gélinas, NDP Health Critic

Alerta de Acción de RNAO (2017a): Pedir a Queen's Park que proporcione fondos inmediatos para los servicios de inyección supervisados. Usado con permiso.

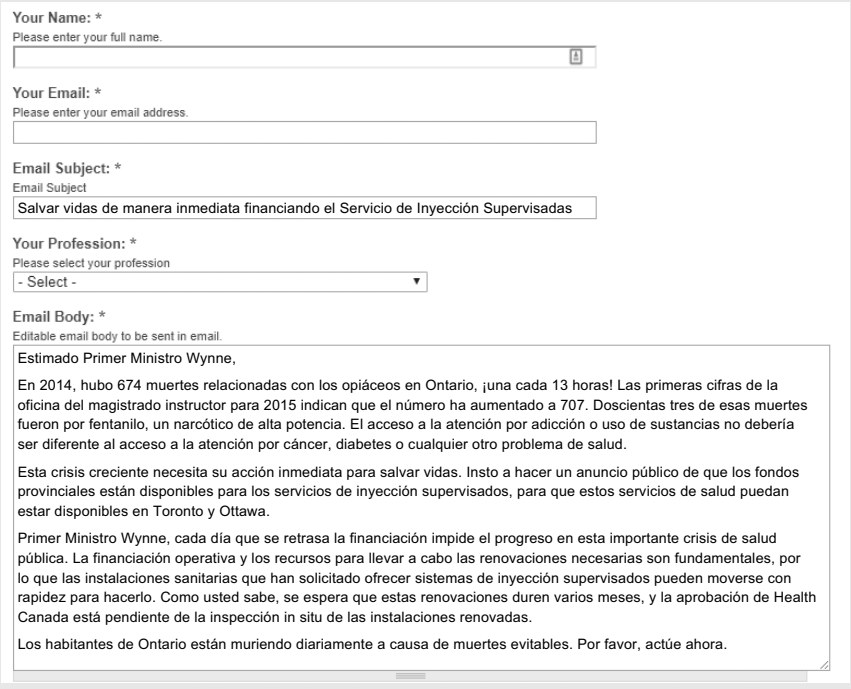


FIGURA 18.1 Alerta de acción de RNAO: Salve vidas financiando inmediatamente los servicios de inyección supervisados (RNAO, 2017c). Usado con permiso.

INSTAR LA TOMA DE DECISIONES BASADA EN LA EVIDENCIA

Aunque el apoyo a los servicios de inyección supervisados fue respaldado por la Junta de Salud de Toronto, se necesitaba más trabajo y presión para materializarse. Esta presión llegó en septiembre de 2015, cuando el Médico Oficial de la Unidad de Salud Pública de Toronto, el Dr. David McKeown presentó un informe a la junta sobre tendencias, prevención y respuesta en caso de sobredosis en Toronto. El informe subrayaba la preocupación por el aumento en muertes inducidas por drogas en Toronto durante la última década. El MOHLTC convocó una reunión a la que asistió RNAO y se centró en el uso y el abuso de estupefacientes en Ontario (RNAO, 2015b). A continuación, RNAO envió una carta al Primer Ministro con recomendaciones sobre cómo la provincia podría prevenir las muertes prematuras y mejorar los resultados en salud relacionados con las drogas (2015b) y los servicios de inyección supervisados fueron una recomendación clave para que el gobierno evitara muertes por sobredosis (RNAO, 2015b).

La siguiente oportunidad llegó en marzo de 2016, cuando la Junta de Salud de Toronto consideró la propuesta de tres servicios de salud en Toronto para añadir servicios de inyección supervisados a pequeña escala a sus servicios clínicos existentes. RNAO (2016c) de nuevo aseguró una exposición, y además de usar evidencia sólida, se hizo eco de las voces de la experiencia vivida que dio peso a la decisión en cuestión. Justo antes del discurso de RNAO, una madre que había perdido a su hija por una sobredosis de drogas, Donna May, dio un desgarrador discurso. Para la directora ejecutiva de RNAO, estaba claro. Los comentarios que había traído, tan bien preparados y lleno de pruebas, ya no eran suficientes. El discurso de Grinspun fue espontáneo, sin pedir disculpas, agudo y áspero

La propuesta se aprobó de manera unánime y pasó al Ayuntamiento de Toronto.

MOVILIZAR EL CAMBIO CON LA EVIDENCIA, LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

Para aumentar el impulso, RNAO pidió a los miembros y a los medios de comunicación que apoyaran el movimiento de los servicios de inyección supervisados. En cuestión de días, RNAO envió dos cartas al editor (*National Post,* 2016; *Toronto Star,* 2016) y la directora general, la Dra. Doris Grinspun, fue citada y tenida en cuenta en la publicación "Gente VIP de Toronto [que] apoya los centros de inyección supervisados" (Davidson, 2016). Al inyectar evidencia en cada respuesta de los medios de comunicación, RNAO se posicionó a sí misma y al tema con firmeza para que se considerase seriamente.

RNAO también aprovechó el poder de la narrativa, como en el triste caso de Brad Chapman, quien se desplomó en una calle del centro de Toronto por una sobredosis de drogas (Chapman & Grinspun, 2016). Brad es el hermano de Leigh Chapman, una enfermera y miembro de RNAO. Leigh se convirtió en defensora, hablando con conocimiento desde la experiencia de su hermano, de políticas públicas basadas en la evidencia, incluyendo los servicios de inyección supervisados para prevenir más tragedias.

> "*¿Qué más necesitas para tomar una decisión unánime a favor del SIS?*", preguntó Grinspun a los concejales. "*¿Cuántas madres más, que han perdido a sus hijos, necesitas escuchar? ¿Cuántos padres, maridos o hermanas más, necesitas ver sufriendo para decir—unánimemente—que el tiempo para el SIS es ahora? Las enfermeras le instan a actuar con rapidez*", añadió.

CHAPMAN: APRENDIENDO DE LA TRÁGICA MUERTE DE UN HERMANO

En agosto de 2015, encontraron a Brad Chapman derrumbado en una calle del centro de Toronto por una sobredosis de drogas y ocho días después murió en el hospital. Cuando no estaba en la cárcel, Brad vivía en la calle, una situación que se había repetido durante los últimos 20 años. Murió a los 43 años, pero sus problemas de salud mental y adicción se lo habían llevado mucho antes.

En los últimos meses, la hermana de Brad, Leigh, y su madre, Cori, tuvieron el privilegio de conocer a varias personas que compartían recuerdos de Brad. Descubrieron que Brad todavía podía tocar la guitarra, que le gustaba patinar y que alegraba las vidas de otras personas con una palabra amable y una sonrisa. Les consolaba saber que Brad era extrañado, no solo como hijo, hermano, padre, abuelo y tío, sino también como un amigo y miembro de la comunidad.

Pero incluso con este consuelo, Leigh Chapman, una enfermera, sabe que hay políticas públicas basadas en la evidencia que podrían haber ayudado a salvar a Brad. Un servicio de inyección supervisado es un servicio de salud que proporciona un espacio seguro e higiénico donde las personas pueden inyectarse drogas obtenidas previamente bajo la supervisión de enfermeras. Hay más de 90 centros de inyección supervisados en todo el mundo, incluidos los de Alemania, Australia, España, Luxemburgo, Noruega, Holanda, Suiza y dos en Vancouver. Dos décadas de investigación sobre los servicios de inyección supervisados han demostrado que las muertes por sobredosis se han reducido, que ha disminuido la transmisión de enfermedades infecciosas, que ha aumentado el uso de servicios de desintoxicación y otros servicios de tratamiento de adicciones y que ha mejorado la seguridad de la comunidad.

Brad se sentía seguro en un programa de reducción de daños cercano en el que podía cambiar agujas usadas por agujas limpias, acceder a equipos de crack más seguros y establecer contacto con personal de sanidad pública que no le juzgaba. Él llamaba regularmente a casa desde este centro, lo que le ofrecía a Brad un sentimiento de pertenencia y una manera de comunicarse con aquellos que lo querían.

Pero el intercambio de agujas en ese centro funcionaba de manera diferente al de los servicios de inyección supervisados. Brad recibía sus agujas, pero luego él se las inyectaba sin ninguna supervisión en un callejón, lugar en el que le encontró muerto la policía.

¿Y si, en cambio, Brad hubiera podido acceder a los servicios de inyección supervisados dentro de un programa de reducción de daños en el que se hubiera sentido bienvenido? ¿Estaría él aún con nosotros adía de hoy?

También existe la naloxona, un medicamento de acción corta que se utiliza para revertir una presunta sobredosis de narcóticos. Health Canada ha determinado que la capacidad de la naloxona para responder rápidamente a una sobredosis supera con creces sus riesgos mínimos. Ottawa Public Health ha capacitado con éxito a por lo menos 150 personas para que proporcionen naloxona, y se han revertido unas 50 sobredosis locales. Debido al creciente número de muertes asociadas con narcóticos recetados y no recetados, algunas jurisdicciones en Estados Unidos están capacitando a los que tienen más probabilidades de llegar primero al lugar de los hechos (bomberos y policía) para que reconozcan las sobredosis y administren la naloxona. ¿Y si los primeros que llegaron a la escena hubieran podido administrarle naloxona a Brad y comenzar la reanimación cardiopulmonar?

Por eso, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario se ha pronunciado a favor de los servicios de inyección supervisados y ha pedido que se facilite acceso a la naloxona. Las enfermeras estuvieron a la vanguardia de la creación de Insite, el centro seguro para inyectarse en Vancouver, y RNAO luchó contra el entonces Primer Ministro Stephen Harper para mantenerla abierta.

La ciudad de Toronto está avanzando con los planes para los servicios de inyección supervisados. ¿No es hora de que otros municipios como Ottawa, donde las sobredosis se cobraron la vida de 40 personas en 2014, tomen medidas similares para evitar tragedias? Tenemos las pruebas, solo necesitamos la voluntad política. Y con la ministra de salud federal Jane Philpott expresando su apoyo a Insite, las enfermeras tienen la esperanza de que podamos evitar que otras personas como Brad mueran.

Leigh Chapman es enfermera y hermana de Brad Chapman. Doris Grinspun es una enfermera y la directora ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO).

De http://ottawacitizen.com/opinion/columnists/chapman-learning-from-the-tragic-death-of-abrother.

RNAO (2016g) tejió evidencia, narrativa y medios de comunicación en otra poderosa alerta de acción para sus miembros y el público para que expresaran su apoyo a los servicios de inyección supervisados. Proporcionó una actualización sobre la evolución de la situación desde la creación de la delegación, incluida una votación por la Junta de Salud de Ottawa a favor de las propuestas para establecer los servicios de inyección supervisados en los centros de salud comunitarios, y estudios en curso en Londres y Thunder Bay sobre la necesidad de la viabilidad de los servicios de inyección supervisados en sus comunidades (RNAO, 2016g). También puso a disposición una carta de muestra para que los miembros escribieran al concejal de su ciudad, antes del procedimiento de la moción de los servicios de inyección supervisados del Ayuntamiento de Toronto.

BENEFICIOS, LECCIONES Y PRÓXIMOS PASOS PARA LOS SERVICIOS DE INYECCIÓN SUPERVISADOS EN ONTARIO

Los defensores de los servicios de inyección supervisados vieron los frutos de su trabajo en julio de 2016, cuando el Ayuntamiento de Toronto aprobó el 36-3, la propuesta de apoyo a la integración de tres sistemas de servicios de inyección en los centros de salud existentes en toda la ciudad (RNAO, 2016b). Para celebrar el hito, RNAO (2016f) añadió su propio anuncio de una nueva Guía de buenas prácticas sobre los servicios de inyección supervisados. Utilizando una revisión sistemática y guiada por un panel de expertos sobre el tema, la Guía de RNAO formulará recomendaciones para guiar esta iniciativa de reducción de daños críticos.

Entre los copresidentes que apoyan la guía se encuentran el exmédico oficial de salud, el Dr. David McKeown, quien ayudó a hacer de los servicios de inyección supervisados una realidad en Toronto bajo su liderazgo y Marjory Ditmars, una enfermera con 5 años de experiencia práctica y de liderazgo en Insite.

IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS DE INYECCIÓN SUPERVISADOS: UNA GUIA DE SALUD

En noviembre de 2016, RNAO convocó al panel de desarrollo de la guía de servicios de inyección supervisados compuesto por personas con experiencia en reducción de daños y uso de sustancias. El panel incluye a personas que tienen una relación clínica, cargos administrativos, académicos, así como aquellos que hayan vivido esta experiencia. Estos expertos trabajan ya sea directamente con personas que se inyectan drogas en centros sanitarios (p. ej., centros de salud supervisados, centros de salud comunitarios, programas de reducción de daños y centros de atención primaria), o indirectamente en otros tipos de organizaciones, como asociaciones e instituciones académicas.

Para determinar el propósito y el alcance de la guía, el equipo de desarrollo de las Guías de RNAO llevó a cabo un análisis de las deficiencias de las guías existentes, 12 entrevistas con informantes clave y dos grupos focales con expertos en el campo. Estos expertos incluían al personal de atención directa, administradores, investigadores y personas con experiencia vivida, representando a varias organizaciones canadienses en Toronto, Vancouver, Edmonton, y Ottawa. Se hizo evidente que se requería una guía para que las enfermeras y otros trabajadores de la salud de los servicios de inyección supervisados pudieran proporcionar recomendaciones de la manera más eficaz de prestar servicios a personas que se inyectan sustancias que sirviera para: 1) mejorar la participación e inclusión de los pacientes; 2) apoyar los resultados de salud favorables; y 3) reducir los daños asociados con el uso de drogas inyectables. El objetivo principal de la guía era garantizar los servicios orientados a la igualdad para personas que se inyectan sustancias a través de la reducción de daños, la información sobre traumas y enfoques culturalmente seguros.

Más concretamente, las recomendaciones prácticas proporcionan orientación sobre cómo involucrar a personas que se inyectan sustancias en los servicios de inyección supervisados a través del establecimiento de relaciones de confianza, a través de la práctica de la indagación crítica (es decir, la práctica reflexiva) y a través de la promoción y participación en la toma de decisiones compartida. Las recomendaciones para la formación proporcionan orientación sobre la estructura y el formato de los programas educativos que han demostrado ser efectivos para conseguir aumentar el conocimiento, las habilidades y la confianza de las personas que trabajan con personas que se inyectan sustancias. Las recomendaciones para las políticas proporcionan orientación para las organizaciones y el sistema de salud sobre cómo construir unos servicios de inyección supervisados que promueva la atención equitativa y de alta calidad para las personas que se inyectan sustancias. Esto incluye: la integración de pares y servicios integrales en las operaciones de los servicios de inyección supervisados, así como la integración de estos servicios en los centros sanitarios existentes (por ejemplo, hospitales); consideraciones de acceso para los entornos rurales y para las personas vulnerables que se inyectan sustancias; consideraciones relacionadas con el tamaño de las instalaciones y el

horario de funcionamiento y la aplicación de reglamentos y procedimientos operativos que apoyen a las personas que necesitan inyecciones asistidas y a los jóvenes que se inyectan drogas.

El último logro de los servicios de inyección supervisados es el compromiso del gobierno de Ontario de financiar las renovaciones y los costes operativos en tres instalaciones de los servicios de inyección supervisados en Toronto y una en Ottawa (RNAO, 2017c). Esto se anunció como parte del presupuesto provincial para 2017, que RNAO se complació en ver después de su carta a los dirigentes políticos en la que instaba a apoyar y financiar los servicios de inyección supervisados (RNAO, 2016d), y su recomendación anterior en una presentación previa al presupuesto (RNAO, 2017b).

A través de esta iniciativa de promoción estratégica y planificada, RNAO y sus socios de coalición aprovecharon diferentes vías para dar forma a las políticas todas ellas basadas en la evidencia. El punto de partida fueron las presentaciones y cartas al gobierno, en las que, en primer lugar, se exponían las preocupaciones y preguntas en relación con el tema en cuestión, así como las recomendaciones para la acción. Movilizar una voz colectiva compuesta por enfermeras, profesionales de la salud y miembros de la comunidad es el siguiente paso para ampliar la llamada a la acción.

Los medios de comunicación sirven como otra plataforma poderosa para fortalecer la convocatoria y una apuesta por la evidencia da contenido y credibilidad tanto a la asociación como a la agencia de medios de comunicación. Los logros históricos de los servicios de inyección supervisados en Columbia Británica y Ontario sentaron un precedente no solo para la reducción de daños, sino también a una escala mayor, para vincular la evidencia con la defensa y la política a fin de lograr un cambio real.

En una época de crisis mundial de opioides, RNAO promovió públicamente la evidencia de la investigación que demuestra que los servicios de inyección supervisados salvan vidas y, armada con la evidencia, abogó políticamente por los servicios de inyección supervisados como una estrategia de reducción de daños necesaria. Este trabajo de defensa y el desarrollo subsiguiente de una Guía sobre los servicios de inyección supervisados son ejemplos de cómo una asociación de profesionales de enfermería puede efectivamente vincular la práctica y la política basada en la evidencia para promover una política pública saludable, de salud y de bienestar de la población. Ver la Figura 18.2.

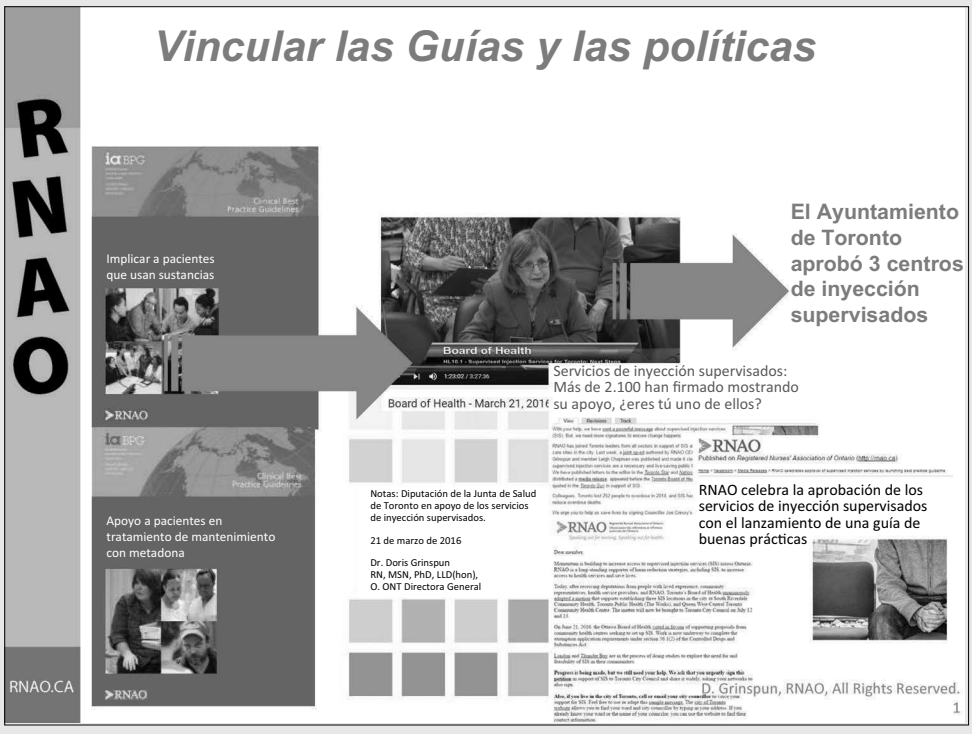


FIGURA 18.2. Vinculación de las Guías y las políticas: los servicios de inyección supervisados. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Todos los derechos reservados.

E S T U D I O D E C A S O

VINCULACIÓN DE EVIDENCIA Y ABOGACÍA PARA FINANCIAR DISPOSITIVOS DE DESCARGA EN ONTARIO

La diabetes es una enfermedad metabólica grave que afecta a personas de todas las edades en todo el mundo (Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2013). La Federación Internacional de Diabetes estima que la prevalencia mundial de diabetes en 2012 fue del 8,3% (aproximadamente 371 millones de personas) (International Diabetes Federation, 2012). Además, 4 de cada 5 personas que viven con diabetes residen en zonas de ingresos bajos y medios. Los indígenas y las poblaciones del sureste asiático, tanto en Canadá como en el extranjero, son especialmente vulnerables a esta enfermedad (Davis, 2011).

Las personas con diabetes corren un riesgo alto de desarrollar complicaciones a largo plazo, incluyendo úlceras y amputaciones del pie. Los problemas de los pies relacionados con la diabetes, las ulceraciones y las amputaciones afectan significativamente a la persona y a la comunidad en la que viven los pacientes. La ulceración del pie precede al 84% de las amputaciones no traumáticas de las extremidades inferiores en personas con diabetes y el riesgo de muerte es 2,4 veces mayor que para los pacientes sin ulceraciones (Singh, Armstrong y Lipsky, 2005). El tratamiento de las úlceras del pie relacionadas con la diabetes es un proceso costoso, largo y lento cuando las úlceras no se detectan y se controlan a tiempo. De hecho, se calcula que representa un 15% del total de los recursos sanitarios dedicados a la diabetes en los países de ingresos altos y hasta un 40% en los países de ingresos bajos y medios (International Diabetes Federation, 2017). La Federación Internacional de Diabetes indica que las valoraciones completas del pie diabético y el cuidado de los pies, basado en la prevención, la información y un enfoque de equipo multidisciplinario, puede reducir las complicaciones del pie y las amputaciones hasta en un 85% (International Diabetes Federation & International Working Group on the Diabetic Foot, 2005).

Por alarmante que sea esta evidencia, esta no es siempre suficiente para crear un cambio. A continuación, en este capítulo discutiremos un estudio de caso de éxito que aprovecha tres factores necesarios (la evidencia, la presión política y la oportunidad) para asegurar un cambio de políticas con respecto a la financiación universal para los pacientes con diabetes que viven con complicaciones del pie con el fin de prevenir la amputación (Elliott, 2015). Exploraremos los principios prácticos de la defensa del gobierno para empoderar a nuestros lectores a fin de que ayuden a lograr un cambio de política positivo que pueda mejorar los resultados de los pacientes.

UNIÓN

En 2012, el Canada's Council of the Federation aprobó la Guía de *Valoración y manejo de las úlceras de pie diabético* de RNAO para su implantación a nivel nacional (The Council of the Federation Health Care Innovation Working Group, 2012). Los gobiernos provinciales canadienses han declarado públicamente que el cuidado de los pies de las personas con diabetes es un importante reto para la salud y una de sus máximas prioridades de cuidado. RNAO se comprometió a apoyar la difusión, adopción y asimilación de sus guías a nivel nacional (véase la Figura 18.3).



FIGURA 18.3 Encuentro entre Wounds Canada y RNAO. Usado con permiso.

Durante 2 décadas, Wounds Canada (anteriormente Canadian Association of Wound Care) ha estado liderando la carga del tratamiento y de la prevención de heridas en toda Canadá. Wounds Canada trabajó con el Public Health Canada y Diabetes Canada (anteriormente the Cannadian Diabetes Association) de 2009 a 2012 para sensibilizar a la opinión pública sobre las complicaciones del pie diabético y de la prevención y estrategias de manejo. En 2012, Wounds Canada estableció una nueva división, Diabetic Foot Canada, para enfocarse únicamente en la enfermedad del pie en aquellos que viven con diabetes, con un fuerte vínculo con los importantes problemas etiológicos que rodean a la diabetes. Diabetic Foot Canada fue diseñado para ser el programa nacional de información y formación en línea para médicos y pacientes en apoyo de un autocontrol eficaz, detección temprana, prevención y tratamiento.

En 2013, Wounds Canada y RNAO identificaron esta área de la atención sanitaria como una prioridad que afecta tanto a

la calidad de vida como a los costes sanitarios. Así, unieron sus fuerzas para producir el *Diabetic Foot Canada Journal,* una publicación en línea dirigida a profesionales sanitarios multidisciplinares, con el fin de proporcionar información, difundir las evidencias y herramientas educativas, y concienciar sobre la importancia de prevenir las complicaciones y amputaciones del pie relacionadas con la diabetes.

Wounds Canada y RNAO también reconocieron que, históricamente, la comunidad canadiense de cuidados del pie diabético tuvo que luchar para aprovechar plenamente el poder de nuestras voces colectivas. Así, formaron una coalición entre ellos, junto con Diabetes Canada y la Canadian Association for Enterostomal Therapy para participar con el gobierno. Una de las metas clave de esta alianza es prevenir las complicaciones del pie diabético, incluyendo amputaciones prevenibles de miembros inferiores, a través de las Guías de práctica clínica basadas en la evidencia y el manejo oportuno de las anomalías.

CARTA CONJUNTA AL MINISTERIO DE SALUD Y DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN DE ONTARIO (MOHLTC POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

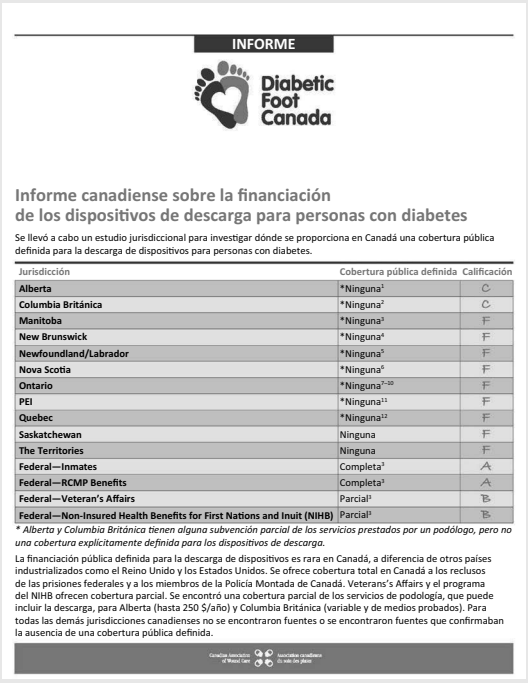
El 9 de diciembre de 2014, Wounds Canada, RNAO y casi 50 personas más enviaron una carta sobre la atención de los casos de úlceras de pie diabético a los niveles más altos del Gobierno de Ontario. Esta carta es uno de los mensajes más poderosos y unificados que se haya enviado a un gobierno canadiense sobre la cuestión del cuidado de los pies diabéticos.

En la carta, la Coalición destacó al ministerio la importancia de un sistema coordinado e integrado de atención para mejorar los resultados de los pacientes, a la vez que el sistema de salud se beneficia con ahorros sustanciales en costes. Actualmente, la mayoría de los habitantes de Ontario con complicaciones en el pie diabético tienen que pagar de su bolsillo el cuidado que necesitan, lo que incluye zapatos preventivos, calcetines, dispositivos de descarga y podología, o cuidados de enfermería. Como resultado, muchas de las personas que más necesitan los dispositivos y el cuidado son los que menos se lo pueden permitir. La carta presentó una serie de sugerencias clave que el ministerio podría implantar para mejorar drásticamente las condiciones de la atención del pie diabético en la provincia, como:

- Proporcionar acceso universal a servicios preventivos de atención al pie diabético, incluida la prestación de servicios preventivos, zapatos, calcetines y dispositivos de descarga para aquellos que lo necesiten, de forma gratuita en el punto de atención, para todas las personas de Ontario que viven con diabetes.
- Desarrollar políticas que permitan a todos los ontarianos con diabetes que se realicen valoraciones adecuadas de los pies como las descritas en la guía de la Federación Internacional de Diabetes de 2017 (una publicación anual de revisión para todas las personas con diabetes, con personas de alto riesgo que tienen evaluaciones con una mayor frecuencia).
- Adopción de un programa interprofesional para todo Ontario para el cuidado de los pies diabéticos con, al menos, un equipo interprofesional de atención del pie diabético y con un patrón de derivación bien definido en cada Red de Integración Sanitaria Local.
- Publicar anualmente datos fiables sobre los pies diabéticos, utilizando métricas reconocidas para ayudar a los esfuerzos de una mejora continua de la calidad.

La principal carencia reside en el hecho de que la mayoría de las personas de Ontario con complicaciones del pie diabético tienen que pagar de su bolsillo por la atención que necesitan, lo que incluye zapatos preventivos, calcetines, dispositivos de descarga y podología o cuidados de enfermería.

La coalición cree que el acceso universal a la atención preventiva del pie diabético reducirá el número de úlceras y amputaciones de la misma manera que la detección y tratamiento de la retinopatía han reducido la ceguera relacionada con la diabetes. Además, también disminuirá el gasto provincial general (ver Figura 18.4).



INFORME

Diabetic Foot Canada

Informe canadiense sobre la financiación de los dispositivos de descarga para personas con diabetes

Se llevó a cabo un estudio jurisdiccional para investigar dónde se proporciona en Canadá una cobertura pública definida para la descarga de dispositivos para personas con diabetes.

Jurisdicción	Cobertura pública definida	Calificación
Alberta	*Ninguna[1]	C
Columbia Británica	*Ninguna[2]	C
Manitoba	*Ninguna[3]	F
New Brunswick	*Ninguna[4]	F
Newfoundland/Labrador	*Ninguna[5]	F
Nova Scotia	*Ninguna[6]	F
Ontario	*Ninguna[7–10]	F
PEI	*Ninguna[11]	F
Quebec	*Ninguna[12]	F
Saskatchewan	Ninguna	F
The Territories	Ninguna	F
Federal—Inmates	Completa[3]	A
Federal—RCMP Benefits	Completa[3]	A
Federal—Veteran's Affairs	Parcial[3]	B
Federal—Non-Insured Health Benefits for First Nations and Inuit (NIHB)	Parcial[3]	B

** Alberta y Columbia Británica tienen alguna subvención parcial de los servicios prestados por un podólogo, pero no una cobertura explícitamente definida para los dispositivos de descarga.*

La financiación pública definida para la descarga de dispositivos es rara en Canadá, a diferencia de otros países industrializados como el Reino Unido y los Estados Unidos. Se ofrece cobertura total en Canadá a los reclusos de las prisiones federales y a los miembros de la Policía Montada de Canadá. Veterans's Affairs y el programa del NIHB ofrecen cobertura parcial. Se encontró una cobertura parcial de los servicios de podología, que puede incluir la descarga, para Alberta (hasta 250 $/año) y Columbia Británica (variable y de medios probados). Para todas las demás jurisdicciones canadienses no se encontraron fuentes o se encontraron fuentes que confirmaban la ausencia de una cobertura pública definida.

FIGURA 18.4. Un informe canadiense sobre la financiación de los dispositivos de descarga para personas con diabetes. Usado con permiso.

La carta y las reuniones subsiguientes se han centrado en el aumento de la concienciación de los responsables políticos, describiendo métodos rentables para mejorar el cuidado de los pies diabéticos y, en última instancia, la reducción del número de amputaciones evitables en la provincia. También se elaboró y presentó un informe jurisdiccional sobre la descarga. Sin embargo, estas reuniones no fueron objeto de seguimiento con compromisos específicos del Ministerio de Salud y de Cuidados de larga duración de Ontario.

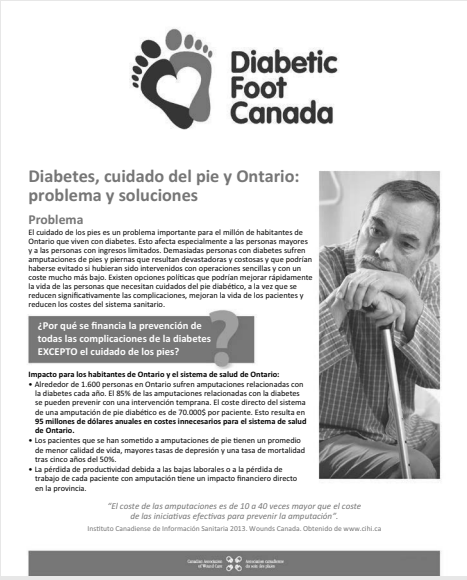
AUMENTO DE LA CONCIENCIACIÓN

Después de la presentación de la carta, se celebraron diferentes reuniones y otros eventos para concienciar sobre la labor de los responsables políticos acerca de estos temas. Las organizaciones e individuos de la coalición continuaron trabajando conjuntamente y por separado para mejorar la concienciación de los políticos provinciales sobre este tema en general y abogar por la financiación pública universal de los dispositivos de descarga.

Para reforzar el mensaje, la coalición destacó los métodos rentables para mejorar el cuidado de los pies de las personas con diabetes y, en última instancia, reducir el número de amputaciones prevenibles en la provincia. Por ejemplo, a principios de 2015, Diabetes Canada elaboró un análisis económico y un informe complementario que revelaba que las úlceras del pie diabético actualmente suponen un coste para el gobierno de Ontario de entre 320 y 400 millones de dólares al año, mientras que la financiación pública de los dispositivos de descarga podría producir un ahorro neto de entre 48 y 75 millones de dólares (Somerville y Nagpal, 2015).

Ese mismo año, Diabetes Canada y sus voluntarios celebraron una sesión informativa con los miembros del parlamento provincial en el día de puertas abiertas en Queen's Park para abogar por el apoyo a la prevención de amputaciones y la financiación pública de los dispositivos de descarga. Se entregó una copia compulsada del análisis económico y del informe de Diabetes Canada a la oficina del ministro de Sanidad, que a su vez se compartió con el Consejo de Hacienda y la oficina del ministro de Hacienda.

En abril de 2016, RNAO y Wounds Canada organizaron una recepción de éxito con 28 miembros de la legislatura de Ontario, asociaciones de colaboración, médicos y pacientes para presionar al ministerio a fin de que financiaran los dispositivos de descarga. Se han elaborado materiales como parte de los paquetes de información de los legisladores, diseñados para ayudarles a evaluar el problema y el impacto de no cambiar las políticas. El evento en sí mismo incluyó una visión general del problema a través de presentaciones de expertos clínicos y de políticas y el intercambio de historias de pacientes por parte de los pacientes y sus familiares. Los representantes de cada partido político respondieron a la información que habían recibido y a sus planes para abordar las cuestiones. Lo que es interesante es que muchos de los asistentes, muchos de ellos en puestos clave de política y toma de decisiones, se sorprendieron al enterarse de que algo tan aparentemente menor como una úlcera en el pie podría conducir a la amputación y a un aumento de la mortalidad (ver la Figura 18.5).


Diabetic Foot Canada

Diabetes, cuidado del pie y Ontario: problema y soluciones

Problema

El cuidado de los pies es un problema importante para el millón de habitantes de Ontario que viven con diabetes. Esto afecta especialmente a las personas mayores y a las personas con ingresos limitados. Demasiadas personas con diabetes sufren amputaciones de pies y piernas que resultan devastadoras y costosas y que podrían haberse evitado si hubieran sido intervenidos con operaciones sencillas y con un coste mucho más bajo. Existen opciones políticas que podrían mejorar rápidamente la vida de las personas que necesitan cuidados del pie diabético, a la vez que se reducen significativamente las complicaciones, mejoran la vida de los pacientes y reducen los costes del sistema sanitario.

¿Por qué se financia la prevención de todas las complicaciones de la diabetes EXCEPTO el cuidado de los pies?

Impacto para los habitantes de Ontario y el sistema de salud de Ontario:

- Alrededor de 1.600 personas en Ontario sufren amputaciones relacionadas con la diabetes cada año. El 85% de las amputaciones relacionadas con la diabetes se pueden prevenir con una intervención temprana. El coste directo del sistema de una amputación de pie diabético es de 70.000$ por paciente. Esto resulta en **95 millones de dólares anuales en costes innecesarios para el sistema de salud de Ontario.**
- Los pacientes que se han sometido a amputaciones de pie tienen un promedio de menor calidad de vida, mayores tasas de depresión y una tasa de mortalidad tras cinco años del 50%.
- La pérdida de productividad debida a las bajas laborales o a la pérdida de trabajo de cada paciente con amputación tiene un impacto financiero directo en la provincia.

"El coste de las amputaciones es de 10 a 40 veces mayor que el coste de las iniciativas efectivas para prevenir la amputación".

Instituto Canadiense de Información Sanitaria 2013. Wounds Canada. Obtenido de www.cihi.ca

FIGURA 18.5 Diabetes, cuidado de los pies y Ontario: problema y soluciones. Usado con permiso.

El problema es que " a menudo, las pruebas no se presentan en el idioma que hablan los gobiernos". (Elliott, 2015, pág. 9)

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y OPOSICIÓN

Tras el evento de abril, se publicó un comunicado de prensa en el que se describía el problema y varios medios de comunicación utilizaron las recomendaciones de la coalición para desarrollar historias sobre el tema y muchos de ellos incluyeron entrevistas con representantes de organizaciones de la coalición (Artuso, 2016; RNAO, 2016a).

Durante los meses siguientes, la coalición continuó trabajando colectivamente para aumentar la presión política y comprometer a todos los partidos políticos, incluyendo a la oposición.

MOVILIZACIÓN DE LA OPOSICIÓN

En 2016, aprovechando el Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre), el crítico de salud conservador progresista de Ontario, Jeff Yurek, impulsado por Diabetes Canada desafió al Ministro de Salud de Ontario durante el turno de preguntas sobre el tema de los dispositivos de descarga.

FORMALIZAR EL PROCESO

Se invitó a la coalición a presentar una solicitud formal ante el Comité Asesor de Tecnología de Salud de Ontario en la que se describía la evidencia que respalda a las férulas para caminar (que son removibles) y a las mismas que han sido transformadas para que sean inamovibles en mayo de 2016. El Comité Asesor de Tecnología de Salud de Ontario está compuesto por un grupo de expertos de toda la provincia que revisan las valoraciones de la tecnología de la salud y hacen recomendaciones sobre los servicios y dispositivos de salud que deben ser financiados con fondos públicos.

ÉXITO AL FIN: EL COMPROMISO DEL MINISTRO DE SALUD

En febrero de 2017, en el evento de RNAO del día de puertas abiertas en Queen's Park, el Ministro de Salud se comprometió a financiar públicamente los dispositivos de descarga y a aceptar las recomendaciones del Comité Asesor de Tecnología de Salud de Ontario para financiar públicamente el total de férulas para caminar (removibles e inamovibles) para las úlceras neuropáticas del pie diabético.

Después de este largo proceso de información, recomendaciones y seguimiento, la coalición reconoció que los responsables de la toma de decisiones estaban finalmente empezando a entender el impacto de la diabetes en la salud de los canadienses. Sin embargo, la comprensión es solo el primer paso. Es importante reconocer que el "qué" es solo una parte de la ecuación. El "cómo" también es necesario para que haya una implantación de éxito de las recomendaciones. Por lo tanto, la coalición ha continuado asesorando al ministerio sobre las mejores opciones para una puesta en marcha segura y eficaz de esta iniciativa.

Parte de la estrategia de la coalición fue la creación en el Ministerio de un documento que compara tres métodos de implantación para garantizar el acceso directo de los pacientes a dispositivos de descarga para personas con diabetes y úlceras de pie. Estos son:

- Dispositivos de descarga añadidos a los formularios a los que se accede en el punto de atención.
- Un modelo de financiación de un programa de dispositivos de asistencia al que pueda acceder la organización y en el que los pacientes obtengan los dispositivos de descarga en el punto de atención.
- Un modelo de financiación de un programa de dispositivos de asistencia directo al paciente.

El método de implantación recomendado por la coalición es #1: dispositivos de descarga añadidos a los formularios y a los que se accede en el punto de atención.

Las recomendaciones específicas para apoyar esta opción incluyen:

- Dispensación inmediata en el punto de atención en el momento de la valoración basada en los criterios de calificación.

- La supresión del copago para pacientes con dispositivos de stock estándar (esto requerirá un copago de la Red de Integración de Salud Local o un modelo de financiamiento creativo) y una facturación directa para el reembolso del dispositivo del hospital o de la organización comunitaria.
- Montaje y aplicación llevados a cabo solo por profesionales sanitarios cualificados.
- Capacidad de la Red de Integración de Salud Local u otra organización para financiar alternativas a los dispositivos de descarga mencionados anteriormente si los pacientes tienen contraindicaciones (por ejemplo, inestabilidad, úlceras en el talón, isquemia, infección grave).
- Una normativa del Ministerio de Salud y de Cuidados de larga duración de Ontario para proporcionar orientación a los hospitales y organizaciones comunitarias (con el fin de obtener su apoyo y comprensión del proceso para que los pacientes puedan acceder al dispositivo de descarga en el punto de atención).

PRÓXIMOS PASOS

La coalición sigue comprometida a trabajar con otras organizaciones provinciales y partes interesadas clave para abordar las brechas en la atención y las políticas en el área de la diabetes relacionada con las úlceras del pie, así como se compromete a asegurarse de que se reduzca en todo Canadá el incremento de amputaciones que son prevenibles y que están relacionadas con la diabetes. El trabajo ha comenzado en todas las provincias canadienses.

Este estudio de caso fue una descripción de un plan estratégico y la iniciativa planificada de promoción de políticas que no se llevó a cabo de la noche a la mañana, pero que requería una visión firme y centrada en la mejora de los resultados de los pacientes, las colaboraciones entre organizaciones, la persistencia y el liderazgo sobresaliente.

Necesitamos reiterar que la excelencia clínica y el uso de la mejor evidencia en la práctica relacionada con la atención de personas con diabetes y úlceras de pie de pacientes o potenciales pacientes, pese a que sea absolutamente necesario no es suficiente. Necesitamos trabajar con los gobiernos para asegurar que la política organizacional apoye las evaluaciones de pie de todos los pacientes con diabetes en una base regular y un cuidado y manejo preventivos. Estas intervenciones cuestan dinero, pero están muy lejos del coste que produce una amputación en términos de calidad de vida, pérdida de productividad y dinero de atención médica durante el proceso y posteriormente. Los principios de salud pública de Narayan han indicado que la identificación del pie diabético de alto riesgo ahorra costes a los sistemas sanitarios y mejora los resultados de los pacientes. (Venkat Narayan et al., 2006). Ver la Figura 18.6.



FIGURA 18.6 Vinculación de las Guías y las políticas: financiación para los dispositivos de descarga. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Todos los derechos reservados.

CONCLUSIÓN

Como se puede ver en estos dos estudios de caso, RNAO ha asumido un papel de liderazgo en la organización de la comunidad de enfermería y en el apoyo colaborativo a otros en la promoción de políticas públicas saludables. La evidencia, y especialmente la evidencia clínica, es un componente necesario de la estrategia múltiple para promover una política pública saludable. Sin embargo, como se destaca en este capítulo y como demuestran los dos estudios de caso, la evidencia por sí sola no es suficiente para realizar cambios en las políticas macroeconómicas. Como colectivo de Enfermería, podemos levantarnos las manos en frustración, o podemos elegir unirnos usando nuestra experiencia clínica y nuestra influencia colectiva como un grupo político, exponiendo la verdad al poder (Grinspun, 2016c).

REFLEXIÓN

Basándose en su revisión de los casos anteriores, ¿cree que las enfermeras de atención directa o los estudiantes de enfermería desempeñan un papel en la abogacía de políticas? Si es así, ¿cuál es? Si no, ¿por qué no?

El activismo sobre cuestiones sociales y de salud más amplias no excluye la continuación del activismo sobre cuestiones profesionales relacionadas con la práctica de la enfermería. De hecho, la etapa 4 del marco de desarrollo político de Cohen et al. (1996) no excluye la búsqueda de intereses propios, simplemente lo hace dentro de un contexto que enfatiza el bien público en general. Según los autores, el seguimiento de la fase 4 puede mejorarse mediante: 1) la formación de coaliciones y grupos en torno a cuestiones sociales y de salud; 2) la formación de líderes y el apoyo a los visionarios y a los que asumen riesgos; 3) la movilización de las enfermeras para las campañas; 4) la integración de las políticas de salud en los planes de estudio; 5) el desarrollo de la experiencia de los medios de comunicación públicos; y 6) el logro de una mayor sofisticación en el análisis de políticas y la investigación conexa. La experiencia de RNAO, descrita en este capítulo, muestra que alcanzar la etapa 4 siguiendo este tipo de enfoque es factible y emocionante.

Para mejorar los resultados en salud de la población mundial y la eficacia de nuestros sistemas sanitarios se requiere la participación continua y persistente de la enfermería como colectivo en el proceso político. Este compromiso debe ser multipartidista para enriquecer nuestra democracia y hacer crecer el respeto que hemos logrado del público, los políticos y los medios de comunicación (Grinspun, 2006a, 2012, 2015). Si nos centramos en políticas específicas destinadas a cerrar la brecha entre lo que el público necesita y lo que la enfermería puede ofrecer, podremos mejorar nuestras contribuciones a la sanidad para todos.

Como se describe en el Capítulo 1, los gobiernos y las organizaciones de servicios de salud de todo el mundo están tratando de mejorar la atención sanitaria, reducir o contener los costos y optimizar los resultados de salud. Se hace mucho hincapié en garantizar la idoneidad de las intervenciones clínicas, incluida la reducción de las intervenciones que han demostrado ser innecesarias o ineficaces y la exigencia de que la atención clínica se base en la evidencia. Sin embargo, la evidencia de la atención clínica no siempre está respaldada por las políticas y los fondos generales que se necesitan para realizar las intervenciones adecuadas. Este fue el caso tanto de los servicios de inyección supervisados como de los dispositivos de carga y descarga en la provincia de Ontario. Esta realidad brinda oportunidades a la enfermería y a las enfermeras como una profesión orientada al conocimiento y a la búsqueda de soluciones.

Es urgente y alcanzable ampliar la narrativa de la práctica clínica basada en la evidencia con una narrativa que también exige políticas basadas en la evidencia. Como atestigua este libro, la enfermería y las enfermeras ya tienen una experiencia clínica notable con resultados de salud y de sistemas comprobados. Con un colectivo de enfermeras que también lidera el camino en la política, podemos establecer agendas interminables que, si se guían con determinación, pueden y van a beneficiar al público. Además, la orientación natural de las enfermeras hacia los enfoques de la salud y la atención sanitaria, así como el fuerte enfoque de la profesión en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, nos posicionan como actores clave

en la solución de los imperativos de salud y atención sanitaria a los que se enfrenta el público, tanto como financiadores y como usuarios de los servicios de salud.

MENSAJES CLAVE

- La enfermería, como profesión, tiene la responsabilidad de asumir su papel como grupo político para avanzar políticas públicas saludables. Esto asegurará que el público se beneficie plenamente de la contribución del personal de enfermería como expertos basados en la evidencia.
- Las enfermeras y las organizaciones de enfermería pueden y deben proporcionar liderazgo político en temas de política más amplios que hablen de los intereses del público.
- Las propuestas de políticas basadas en la evidencia son solo uno de los dos pilares vitales necesarios para impulsar una política pública saludable a nivel macro de sistemas sanitarios; además del pilar "evidencia", se requiere un segundo pilar de "acción de abogacía" eficaz para lograr el cambio.
- Una campaña de abogacía debe ser estratégica, polifacética, adaptable y ágil, e incluir una serie de ámbitos de acción: movilización de conocimientos, comunicación y movilización popular, creación de coaliciones, uso de los medios de comunicación sociales y alternativos, así como un compromiso directo con políticos, funcionarios y otros líderes de opinión. Las enfermeras deben formarse en todos estos campos de acción.
- El éxito en la abogacía requiere construir un movimiento de base, listo para movilizarse de manera concertada y aplicar la máxima presión a todos los niveles, desde las "bases", desde los "lados" y desde "arriba" al nivel local, estatal y federal.

REFERENCIAS

Alinsky, S. D. (1989). *Rules for radicals: A pragmatic primer for realistic radicals.* New York, NY: Vintage.

Amela, V. M. (2012, April 2). "A country with good nurses will be happier." (Spanish). La Vanguardia. Retrieved from http://www.lavanguardia.com/lacontra/20120402/54279639102/doris-grinspun-un-pais-con-buenas-enfermeras-sera-mas-feliz.html

Artuso, A. (2016, April 12). Preventative foot care sought for diabetics. *Toronto Sun.* Retrieved from http://www.torontosun.com/2016/04/12/preventative-foot-care-sought-for-diabetics

Bayoumi, A., Strike, C., Jairam, J., Watson, T., Enns, E., Kolla, G., . . . Brandeau, M. (2012). Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Study, 2012. Toronto: St. Michael's Hospital and the Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto. Retrieved from http://www.catie.ca/sites/default/files/TOSCA%20report%202012.pdf

Burkoski, V. (2015, March/April). MPPs know nurses' voices will not remain silent. President's View with Vanessa Burkoski. *Registered Nurse Journal.* Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNJ-MarchApril2015-PresidentsView.pdf

Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. (2013). Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines for the prevention and management of Diabetes in Canada. Can J Diabetes, 37(1), S1-S212.

Chapman, L., & Grinspun, D. (2016, March 27). Chapman: Learning from the tragic death of a brother. *Ottawa Citizen.* Retrieved from http://ottawacitizen.com/opinion/columnists/chapman-learning-from-the-tragic-death-of-a-brother

Cohen, S. S., Mason, D. J., Kovner, C., Leavitt, J. K., Pulcini, J., & Sochalski, J. (1996). Stages of nursing's political development: Where we've been and where we ought to go. *Nursing Outlook*, *44*(6), 259–266.

The Council of the Federation, Health Care Innovation Working Group. (2012, 20 July). *From innovation to action: The first report of the health care innovation working group.* Retrieved from https://www.canadaspremiers.ca/wp-content/uploads/2017/09/health_innovation_report-e-web.pdf

Davidson, T. (2016, March 17). Toronto VIPs give support to safe injection sites. *Toronto Sun.* Retrieved from http://www.torontosun.com/2016/03/17/toronto-vips-give-support-to-safe-injection-sites

Davis, C. L. (2011, May 18). *Chronic disease prevention and management in First Nations and Inuit communities: Care model, current status and next steps.* [Presentation]. First Nations and Inuit Health Home and Community Care Program National Regional Coordinators & Partners Meeting, Port Alberni, BC.

Edwards, N., Rowan, M., Marck, P., & Grinspun, D. (2011). Understanding whole systems change in health care: The case of the nurse practitioners in Canada. *Policy, Politics, & Nursing*, *12*(1), 4–17.

Ellenbecker, C. H., Fawcett, J., Jones, E.J., Mahoney, D., Rowlands, B., & Waddell, A. (2017). A staged approach to educating nurses in health policy. *Policy, Politics & Nursing Practice*, *18*(1), 44–56.

Elliott, J. (2015). Advocating for the diabetic foot. *Diabetic Foot Canada*, *3*(1).

Factor Hispano. (2006, January). Nursing shortage: "A global problem that needs local solutions" (Spanish).

Gardner, D. (2010). A passion for improving health care: An interview with Doris Grinspun. *Nursing Economics*, *28*(2), 126–129.

Glauser, W. (2014). Medicare advocates decry medical tourism. *CMAJ*, *186*(13), 977.

Gomes, T., Greaves, S., Martins, D., Bandola, D., Tadrous, M., Singh, S., . . . Quercia, J. (2017, April). *Latest trends in opioid-related deaths in Ontario: 1991 to 2015*. Toronto, ON: Ontario Drug Policy Research Network. Retrieved from http://odprn.ca/wp-content/uploads/2017/04/ODPRN-Report_Latest-trends-in-opioid-related-deaths.pdf

Grinspun, D. (2006a, May/June). Political engagement: An integral part of nursing. Executive Director's Dispatch with Doris Grinspun. *Registered Nurse Journal*, *18*(3), 7.

Grinspun, D. (2006b, Nov/Dec). Using evidence, politics, communication and media to shape healthy public policy. Executive Director's Dispatch with Doris Grinspun. *Registered Nurse Journal*, *18*(6), 7.

Grinspun, D. (2007a, May/June). Communication and media: Key advocacy tools for nurses. Executive Director's Dispatch with Doris Grinspun. *Registered Nurse Journal*, *19*(3), 6.

Grinspun, D. (2007b, November). *Using evidence, politics, communications and media to shape health policy: A framework for action* [PowerPoint slides]. Oral presentation at University of Ottawa, master's level nursing course, Policy, Political Action, and Change. Ottawa, ON.

Grinspun, D. (2012. Sept/Oct). Registered nurses shape whole-system change. (Part 3/3), Chief Executive Officer's Dispatch with Doris Grinspun. *Registered Nurse Journal*, *24*(5), 6.

Grinspun, D. (2013. Nov/Dec). Expanding our grassroots power. CEO Dispatch with Doris Grinspun. *Registered Nurse Journal*, *25*(6), 6.

Grinspun, D. (2014, May/June). Medical tourism: The beginning of the end of Medicare. CEO Dispatch with Doris Grinspun. *Registered Nurse Journal*, *26*(3), 6.

Grinspun, D. (2015, Sept/Oct). A platform, members and social media: RNAO's winning recipe. CEO Dispatch with Doris Grinspun. *Registered Nurse Journal*, *27*(5), 6.

Grinspun, D. (2016a). Health policy in changing environments. In E. Staples, S. Ray, & R. Hannon (Eds.). *Canadian perspectives on advanced nursing practice: Clinical practice, research, leadership, consultation and collaboration* (1st Canadian ed.) (pp. 285–300). Toronto, ON: Canadian Scholar's Press.

Grinspun, D. (2016b, Sept/Oct). SIS: Keep the conversation going. CEO Dispatch with Doris Grinspun. *Registered Nurse Journal*, *28*(5), 6.

Grinspun, D. (2016c, July/August). Speaking truth to power: A moral duty for every nurse. CEO Dispatch with Doris Grinspun. *Registered Nurse Journal*, *28*(4), 6.

Grinspun, D. (2017, Jan/Feb). Values. Evidence. Courage. CEO Dispatch with Doris Grinspun. *Registered Nurse Journal*, *29*(1), 6.

Howlett, K. (2016, December 6). Powerful opioid carfentanil detected in Ontario for first time. *The Globe and Mail*. Retrieved from https://www.theglobeandmail.com/news/national/powerful-opioid-carfentanil-detected-in-ontario-for-first-time/article33227681/

Howlett, K., Giovannetti, J., Vanderklippe, N., & Perreaux, L. (2017, June 1). How Canada got addicted to fentanyl. *The Globe and Mail*. Retrieved from https://www.theglobeandmail.com/news/investigations/a-killer-high-how-canada-got-addicted-tofentanyl/article29570025/

International Diabetes Federation (IDF). (2012). IDF Diabetes Atlas. Retrieved from http://www.indiaenvironmentportal.org.in/files/file/diabetes%20atlas%202012.pdf

International Diabetes Federation (IDF). (2017) IDF Clinical Practice Recommendations on the Diabetic Foot—2017. Retrieved from https://www.idf.org/e-library/guidelines/119-idf-clinical-practice-recommendations-on-diabetic-foot-2017.html

International Diabetes Federation & International Working Group on the Diabetic Foot. (2005). *Diabetes and foot care: Time to act*. Retrieved from https://www.worlddiabetesfoundation.org/sites/default/files/Diabetes%20and%20Foot%20care_Time%20to%20act.pdf

Jordan, Z. (2005, Oct/Dec). Turning challenges into opportunities. *PACEsetterS*, *2*(4), 6–11.

Lakoff, G. (2004). *Don't think of an elephant! How democrats and progressives can win: Know your values and frame the debate: The essential guide for progressives*. White River Junction, VT: Chelsea Green Publishing.

Marti, G. (2014, May 28). Nursing will be one of the most requested professions (Spanish). *La Vanguardia*. Retrieved from https://www.pressreader.com/spain/la-vanguardia/20140528/282389807526965

McCombs, M. (2014). *Setting the agenda: Mass media and public opinion* (2nd ed.). Cambridge, UK: Polity Press.

McNeil, D. (2012, Jan/Feb). Personal experience informs my perspective on challenges in the north. President's View with David McNeil. *Registered Nurse Journal*. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Jan-Feb_2012-3_President-s_View.pdf

Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). (2017, May 24). *Joint statement on opioid data* (News release). Retrieved from https://news.ontario.ca/mohltc/en/2017/05/joint-statement-on-opioid-data.html

National Post. (2016, March 17). Re: Toronto needs supervised injection sites. Retrieved from http://nationalpost.com/g00/opinion/letters/letters-who-represents-muslims/wcm/9011ec91-3b4a-4f43-ad49-17ca37c727d3?i10c.referrer=http%3A%2F%2Fnationalpost.com%2Fg00%2Fopinion%2Fletters%2Fletters-who-represents-muslims%2Fwcm%2F9011ec91-3b4a-4f43-ad49-17ca37c727d3%3Fi10c.referrer%3Dhttp%253A%252F%252Frnao.ca%252Fcontent%252Fletter-supervised-injection-sites

Pantaleoni, A. (2014, April 30). "If the health system is privatized, we will lose everything" [Spanish]. *El País.* Retrieved from https://elpais.com/sociedad/2014/04/30/actualidad/1398876710_608236.html

Pearson, C., Janz, T., & Ali, J. (2013). Mental and substance use disorders in Canada. *Health at a Glance.* Ottawa: Statistics Canada. Retrieved from http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.pdf

Public Health Agency of Canada. (2017, June 5). *National report: Apparent opioid-related deaths (2016).* Retrieved from https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-abuse/prescription-drug-abuse/opioids/national-report-apparent-opioid-related-deaths.html#limits

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (n.d.-a). *Nurses speak out for harm reduction*. Retrieved from http://rnao.ca/about/public-impact/harm-reduction

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (n.d.-b). *Queen's Park on the Road.* Retrieved from http://qpor.rnao.ca/

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (n.d.-c). *Take Your MPP to Work.* Retrieved from http://rnao.ca/policy/political-action/take-your-mpp-work

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2003, May). *Survey of casual and part-time registered nurses in Ontario.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005, June). *The 70 per cent solution: A progress report on increasing full-time employment for Ontario RNs.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *Supporting clients on methadone maintenance treatment.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010, May 10). *Nurses launch public awareness campaign to promote the profession.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/Nurses-launch-public-awareness-campaign-to-promote-the-profession

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011a, February 4). *FAQ About Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Canadian Nurses Association (CNA), and Association of Registered Nurses of British Columbia (ARNBC) Application for Intervener Status in Supreme Court of Canada hearing on Insite.* Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/7297_Backgrounder_HR_panel_Feb_2011_0.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011b, March/April). The Fix: RNs offer harm reduction services as the first line of defence against a life of addiction. *Registered Nurse Journal*. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/7298_RNAO_RNJ_The_Fix_RNs_offer_harm_reduction_services_March_April_2011_0.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011c, September 30). *Nurses praise Supreme Court ruling: Insite saves lives and improves health.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2011/09/30/nurses-praise-supreme-court-ruling-insite-saves-lives-and-improves-health

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011d, May 11). *Nursing groups to present arguments on Insite case before Supreme Court of Canada*. Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/Media-Advisory-Nursing-groups-to-present-arguments-on-Insite-case-before-Supreme-Court-of-Canada

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012, October). *Enhancing community care for Ontarians (ECCO) 1.0.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013a, July 10). *Deputation to Toronto Board of Health in support of supervised injection services.* Retrieved from http://rnao.ca/policy/speaking-notes/support-supervised-injection-services-toronto

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013b, July 2). *Open letter: Registered nurses urge provincial funding for supervised injection services.* Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_Letter_to_Minister_Matthews_SIS_July_2013_final.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013c, July 3). *Support life-saving supervised injection services*. Retrieved from http://rnao.ca/policy/action-alerts/action-alert-support-life-saving-supervised-injection-services

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014, April). *Enhancing community care for Ontarians (ECCO) 2.0.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015a). *Engaging clients who use substances.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015b, October 29). *Preventing drug-related deaths in Ontario.* Retrieved from http://rnao.ca/policy/letters/preventing-drug-related-deaths-ontario

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015c, April). *Taking action: A toolkit for becoming politically involved.* Retrieved from http://rnao.ca/policy/political-action/political-action-information-kit

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016a, April 12). *Low-cost interventions could save people's limbs, lives and millions of Ontario's health-care dollars.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2016/04/12/low-cost-interventions-could-save-peoples-limbs-lives-and-millions

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016b, July 5). *Nurses praise Toronto Board of Health move on supervised injection services.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2016/07/05/nurses-praise-toronto-board-health-move-supervised-injection-services

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016c, March 17). *Nurses support supervised injection services to save lives and build healthier communities.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2016/03/17/nurses-support-supervised-injection-services-save-lives-and-build-hea

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016d, August 5). *Provincial support and funding for Supervised Injection Services* (Letter). Retrieved from http://rnao.ca/policy/submissions/funding-supervised-injection-services

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016f, July 14). *RNAO celebrates approval of supervised injection services by launching Best Practice Guideline*. http://rnao.ca/news/media-releases/2016/07/14/rnao-celebrates-approval-supervised-injection-services-launching-best

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016g). *Supervised Injection Services (SIS): We need your help, please take action.* Retrieved from http://rnao.ca/content/supervised-injection-services-sis-we-need-your-help-please-take-action

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017a, April 4). *Ask Queen's Park to provide immediate funding for supervised injection services (SIS).* Retrieved from http://rnao.ca/policy/action-alerts/ask-queens-park-provide-immediate-funding-supervised-injection-services-sis

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017b, January 19). *Ontario pre-budget 2017: Nurses call for an upstream strategy.* Retrieved from http://rnao.ca/policy/submissions/ontario-pre-budget-2017

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017c, April 27). *RNAO hails progressive budget.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2017/04/27/rnao-hails-progressive-budget

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017d, February 21). *RNAO urges upstream and effective use of health resources at annual Queen's Park Day.* Retrieved from http://rnao.ca/news/media-releases/2017/02/21/queens-park-day

Registered Nurses' Association of Ontario. (in press). *Implementing Supervised Injection Services: A Health Equity BPG*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Singh, N., Armstrong, D. G., & Lipsky, B. A. (2005). Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA*, *293*(2), 217–228.

Single, E., Rehm, J., Robson, L., & Truong, M. V. (2000). The relative risks and etiological fractions of different causes of deaths and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, *162*(12), 1669–1675.

Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC). (2017, May 1). *Guidelines for effective knowledge mobilization.* Ottawa, ON: Social Sciences and Humanities Research Council. Retrieved from http://www.sshrc-crsh.gc.ca/funding-financement/policies-politiques/knowledge_mobilisation-mobilisation_des_connaissances-eng.aspx

Somerville, R., & Nagpal, S. (2015). *Impact of offloading devices on the cost of diabetic foot ulcers in Ontario* (prepared for the Canadian Diabetes Association). Retrieved from https://www.diabetes.ca/getmedia/5109456e-8c0b-458f-b949-a5ac-cd41513a/impact-of-offloading-devices-ontario.pdf.aspx

Stachowiak, S. (2013). *Pathways for change: 10 theories to inform advocacy and policy change efforts.* Washington, DC: Center for Evaluation Innovation.

Toronto Drug Strategy Implementation Panel. (2013, June). *Supervised injection services toolkit.* Retrieved from http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-59914.pdf

Toronto Public Health. (2013, July 2). *Supervised injection services in Toronto.* Retrieved from http://wx.toronto.ca/inter/it/newsrel.nsf/9a3dd5e2596d27af85256de400452b9b/691f7dfbf808db1885257b9c0059e10f?OpenDocument

Toronto Star. (2016, March 17). *Safe injection sites worth supporting*. Retrieved from https://www.thestar.com/opinion/letters_to_the_editors/2016/03/17/safe-injection-sites-worth-supporting.html

Venkat Narayan, K. M., Zhang, P., Kanaya, A. M., Williams, D. E., Engelgau, M. M., Imperatore, G., & Ramachandran, A. (2006). Diabetes: The pandemic and potential solutions. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, . . . P. Musgrove (Eds.) *Disease control priorities in developing countries* (2nd ed.) (Chapter 30). Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; New York, NY: Oxford University Press.

Weible, C. M., & Sabatier, P. A. (2006). A guide to the advocacy coalition framework. In F. Fischer & G. J. Miller (Eds.), *Handbook of public policy analysis: Theory, politics, and methods* (pp. 123–136). Boca Raton, FL: CRC Press.

Woo, A. (2017, January 18). B.C. asks Ottawa to declare public health emergency as death toll from overdoses continues to surge. *The Globe and Mail.* Retrieved from https://www.theglobeandmail.com/news/british-columbia/more-than-900-fatal-overdoses-in-bc-in-2016-deadliest-year-record/article33659321/

ÍNDICE

A

Aceptando la diversidad cultural en la atención de la salud: Desarrollo de la competencia cultural GBP, estudios de caso/ejemplos
  Hospital St. Michael, 204
  HWEs (Entornos de trabajo saludables), 78
ACT (Territorio de la Capital de Australia), 411–412
Acuerdo, BPSO
  auditoria y pautas de retroalimentación, 304–305
  capacitación, 150
  factores de éxito, 149
  NQuIRE datos, 415
  traducción a otros idiomas, 306
Adicción. *Ver* salud mental
ADKAR Modelo de teoría del cambio, 152
Administración de insulina subcutánea en adultos con diabetes tipo 2 GBP, estudios de caso/ejemplos
  Hospitales españoles, 326
  Saint Elizabeth Hospital, 171
Adoptar soluciones de eHealth: Estrategias de implantación GBP
  desarrollo de, 133–135
  HWEs (Entornos de trabajo saludables), 81
  instrumentos tecnológicos, 16
  monitorización/evaluación, 137
  recomendaciones, 135–136
ADP (Programa de dispositivos de asistencia)
Agencia de Ontario para la Protección y Promoción de la Salud, 189
Agencia de Salud Pública de Canadá, 401
Agency for Healthcare Research and Quality. *Ver* AHRQ
AGREE Research Trust, 37
AGREE II (Valoración de Guías de Práctica Clínica) instrumento
  actividades interactivas en el aula, 229
  clasificación, 52, 67
  GBP Líder de equipo de desarrollo, 43
  pautas fiables, 35–36
  revisión de la literatura, 43
AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)
  desarrollo de estándares, 33
  instrumento NEATS, 37, 52
  repositorio global, 37
Alerta para la Acción: Pida a Queen's Park que proporcione fondos inmediatos para los servicios de inyección supervisados (SIS), 480
ALERTAS, conjunto de indicaciones enfermeras, 127–128
Alianza de Aire Limpio en Ontario, 473
AMC (Assembly de Manitoba Chiefs), 171
Ampliación
  ampliando (en la institución), 13–15, 242–245, 249–250, 253, 259–262
  expandiendo (las políticas), 13, 16, 242, 253, 260, 319–331
  profundizando (enraizando la cultura), 13, 18, 242, 249, 253, 260–261, 465–491
AMSTAR Herramienta de valoración, 52, 67
ANA (Asociación americana de enfermería), 125
Análisis de Situación de la Aplicación de las Recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas para el Cuidado de la Colostomía
  disertación, 350
ANMF (Federación Australiana de Enfermería y Matronas), sucursal de SA, 145, 436–438, 458
apoyo, 477–479
Apoyo a los clientes en el tratamiento de mantenimiento con metadona GBP, 477
  estudios de caso
    Conectando la evidencia y la intercesión para el establecimiento de servicios supervisados de inyección en Ontario, 477–479
    Iniciativa en Salud Mental y Adicciones, 244–249
Appraisal of Guidelines Research and Evaluation. *Ver* AGREE II
Área de Salud de Menorca, España, 325
ARNBC (Asociación de enfermeras registradas de Columbia), 478
Asociación Canadiense de heridas crónicas y úlceras por presión. *Ver* heridas crónicas y úlceras por presión Canadá
Asociación Canadiense de Médicos por el Medio Ambiente, 473
Asociación Canadiense de Salud Pública, 479
Asociación Canadiense para la Diabetes. *Ver* Diabetes Canadá
Asociación Canadiense para la Terapia Enterostomal (CAET), 486
Asociación de Enfermeras de Ontario, 41
Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. *Ver* RNAO
Asociación de Estudiantes de Enfermería Basada en la Evidencia, BUCM, 98
Asociación de Registered Nurses de British Columbia (ARNBC), 478
Asociación Médica Canadiense, 479
Asociación para el Control de Infecciones en la Comunidad y en los Hospitales-Canadá, 479
Assembly de Manitoba Chiefs (AMC), 171
Assistive Devices Program (ADP) funding, 488

Atención a la transición GBP, estudios de caso/ejemplos
Hospital St. Michael, 206
WCHN (Women's and Children's Health Network), 440
Atlántica University Nursing Department, Portugal, 230
Australia, designación como BPSO/GBP
Encuesta para los impulsores
evaluaciones, 444–445
resultados, 445–449
evaluación de
Consumer Experience Survey tool, 444, 451–453
Evaluación Modelo, 443–445
NQuIRE outcomes, 442
POP (Person-Organisation-Practice) Marco Conceptual, 442–443
SAC (Código de valoración de seguridad), 454–455
implantación de, 441–442
resultados
para consumidores, 451–456
para economía, 457–459
para el personal, 445–451
Australian Nursing and Midwifery Federation (ANMF), SA Branch, 145, 436–438, 458
Autoevaluación, Refuerzo, Corrección y Ayuda (Modelo ARCH), 156

B

Bayshore Healthcare Ltd.: Home Care Sector estudio de caso, 201–204
Bayshore's Clinical Accountability Modelo, 202–203
Beijing University de Chinese Medicine. *Ver BUCM*
Best Practice Change Coordinator, 181
BKUs (Best Practice Knowledge Units), 100–101
Bluewater Health estudio de caso, 192–196
BMJ's "Instructions to Authors," 50
Boletín *In the Loop*, 48
BUCM (Universidad de Medicina China de Beijing), Asociación de Estudiantes de Enfermería Basada en la Evidencia, 98–99, 339
BUCM (Universidad de Medicina China de Beijing) Escuela de Enfermería
designación como BPSO, 350–353
desafíos, 353–354
futuro de, 355
diferencias culturales, 354
GBP, 354–355

C

CAET (Asociación Canadiense para la Terapia Enterostomal), 486
Caleidoscopio de atención, 196
Canada Health Infoway
Adoptando soluciones de eHealth: Implantación y estrategias GBP, 16, 81
Nurse Peer Leader Network Project, 119, 128–131
CARS (Servicio de Rehabilitación de Adelaida Central), Australia, designación como BPSO, 437, 439–441, 445–456. *Ver también* HRC
CCSA (Centro Canadiense en Uso de Sustancias y Adicciones), 248
CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), indicadores de calidad, 401
Central Adelaide Local Health Network MHD (Mental Health Directorate) estudio de caso, 437, 440
Centro Canadiense sobre de Sustancias y Adicciones (CCSA), 248
Centro Colaborador Nacional para los Determinantes de la Salud, 219
Centro de International de Asuntos Internacionales y Guías de Buenas Prácticas. *Ver* IAGBP
Centro de Investigación y Desarrollo, acreditación RNAO, 16
Centro de Rehabilitación Hampstead (HRC), Australia. *Ver también* CARS
NQuIRE KPIs, 452–453
rondas de revisión horaria, 449–451
Centro de Salud José María Llanos, España, 325
Centro de Salud Ponferrada II, 322
Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia, 321
Centro Hospitalario Sunnybrook estudio de caso, 179–183
Centro Sanitario West Park estudio de caso, 174–178
Centros de Excelencia en Prevención del Abuso (PEACE), 17
CFMHN (Federación Canadiense de Enfermeras de Salud Mental), 246
Ciclo de Acción, Marco Conceptual del KTA (Knowledge-to-Action), 103–104, 221–222, 271
ciencia de la implantación, 96–97
multinivel/multifacético, 96–97
nivel macro/sistema de salud, 110–111
nivel meso/organizacional, 102–110
nivel/profesional de enfermería, 98–101
CIHI (Instituto Canadiense de Información Sanitaria), 411–412
Clasificación de Heridas Diabéticas de la Universidad de Texas, 362, 367
Clasificación de Heridas en pacientes con Diabetes, Universidad de Texas, 362, 367
Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (ICNP)
conjunto de indicaciones enfermeras, 16–17
sistema de codificación numérica, 124–125, 127
Clínica las Condes (CLC) estudio de caso, Chile, 380–388
CNA (Asociación Canadiense de Enfermeras)
Iniciativa de buenas prácticas de enfermería para el abandono del hábito de fumar, 17
PEACE (Centros de excelencia para la prevención del abuso en mayores), 17
SIS (servicios de inyección supervisada), 477
Coady Internacional Institute, 219
Coalición de Ontario para la Salud Mental en la Infancia y la Juventud, 248
Cochrane, Archie, 288
Colaboración AGREE, 35
Colaboración en investigación de la implementación, 111, 114
Colaboración Nacional para el Aprendizaje Virtual. *Ver* Colaboración Virtual
Colaboración Virtual, Prevención, de Caídas 256–257
COLCIENCIAS (Instituto de Ciencia y Tecnología de Colombia), 369
Colegio de Enfermeros del Perú, 388
Collegio IPASVI Milano—Lodi—Monza e Brianza, Italy, 145
Comité Asesor en Tecnologías Sanitarias (OHTAC), 488
Complejo Hospitalario de Navarra, España, 324
Complejo Hospitalario de Universitario de Albacete, España, 322
Complejo Hospitalario Universitario de Granada, España, 325
componente mixto/innovaciones multinivel, 243
comunicación, 293
GBP, publicación y difusión, 48
Redes sociales, 112, 472
RNAO departamento de comunicación, 18
conectando la evidencia y la intercesión para el establecimiento de servicios supervisados de inyección en Ontario estudio de caso, 477–483

conectando la evidencia y la intercesión para el financiamiento de los dispositivos de descarga en Ontario estudio de caso, 485–489
Conjunto de Indicaciones Enfermeras, 121–123
ALERTAS, 127–128
BPSO, 128
ICN mapeado con ICNP, 16, 124–125
ICNP sistema de codificación numérica, 124–125, 127
Intervenciones prácticas, 122, 125–126
NQuIRE, 128–129
proceso de desarrollo, 123–124
recomendaciones prácticas, 122,125–126
recursos de apoyo para la toma de decisiones clínicas, 127
Terminología ISNOMED CT, 124–125
Consejo de Participación de Pacientes y Público (PPEC), 53
Consejo Internacional de Enfermería (ICN)
mapeado con los códigos ICNP, 124–125
Programa de eHealth, 16
Consejos y herramientas para el liderazgo de enfermería en el punto de cuidados, 81
consorcio, 23, 151, 156, 359–390
Consorcio HUAV-HSM-Facultad enfermería Lleida, Spain, 325
Consorcio Latino Americano BPSO, 156, 360, 388–389
Coordinador del Proyecto, RNAO, 61
CPGs (Guías de Práctica Clínica), 361
CPSI (Instituto Canadiense de Seguridad del Paciente), 16
CQI (Mejora Continua de la Calidad) Marco Conceptual para la calidad de los datos, 411–412
Cuidado
atención cognitiva, 7–8
cuidados físicos, 7–8
definiciones de, 5–6
dicotomía cuidado-competencia, 6–7
dicotomía cuidando-curando, 7
relación de cuidados, 7–8
responsabilidad individual/colectiva, 8–9
Cuidado y manejo de la ostomía GBP, estudios de caso/ejemplos, Hospitales españoles, 323, 326
Cuidados centrados en la persona y familia GBP, estudios de caso/ejemplos
Bayshore HealthCare, 202
Bluewater Health, 193
CARS (Servicio de Rehabilitación de Adelaida Central), 441
Central Adelaide Local Health Network MHD (Mental Health Directorate), 440
Centro Hospitalario Sunnybrook, 182
Centro Sanitario West Park, 175
Hospital St. Michael, 205–206, 208
Hospitales españoles, 326
Iniciativa en Salud Mental y Adicciones, 246
NALHN (Northern Adelaide Local Health Network), 442
Residencia St. Peter's, 280
Saint Elizabeth, 174
WCHN (Women's and Children's Health Network), 440
Cuidados de Larga Estancia. *Ver* LTC
Cuidados de Larga Estancia Buenas Prácticas Toolkit, 270
Cuidados de Larga Estancia Coordinadores de Buenas Prácticas, 110, 268–269
Cuidados de Larga Estancia (LTC) Colaborativos
Caídas Intervención Modelo, Change Package, 254–255
caídas, prevención de, 254
LTC National Collaborative, 255–256
Cuidados de Larga Estancia Programa de Buenas Prácticas. *Ver LTC BPP*
Cuidados paliativos durante los últimos días y horas de vida GBP, estudios de caso, St. Michael's Hospital, 206
Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones GBP, estudios de caso, Hospital St. Michael, 206

D

Decreto de ampliación de los cuidados de enfermería para pacientes, 9
Decreto de cuidados excelentes para todos, Ontario, 473
Delirio, Demencia y Depresión en las Personas Mayores: Valoración y Cuidados GBP, estudios de caso/ejemplos
Health Education Fact Sheets, 65–66
Hospital St. Michael, 204
delirio, hoja informativa de cómo puede usted ayudar, 65
demencia, hoja informativa de educación sanitaria, 65–66
Departamento de políticas en Enfermería y Salud, RNAO, 18
Departamento de Sanidad de Estados Unidos
AHRQ, National Guideline Clearinghouse, 17
Guías de práctica clínica en las que podemos confiar, 33–34
Departamento RNAO de Afiliación y servicios, 18
depresión, hoja informativa de educación sanitaria, 66
Desarrollando y sustentando el liderazgo en enfermería GBP
consejos y recursos para enfermeras, 81
estudios de caso/ejemplos
Bayshore HealthCare, 203
FCI-IC (Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología), 364
HWEs (*Entornos de trabajo saludables*), 78, 80–81
Residencia St. Peter's, 280
Saint Elizabeth, 172
Desarrollo de protocolos de prácticas basadas en la evidencia para las úlceras del pie diabético de alto riesgo disertación, 350
desarrollo y evaluación del conocimiento, 113
Desarrollo y mantenimiento de la atención de salud interprofesional GBP
consejos y recursos para enfermeras, 81
estudios de caso/ejemplos
Hospital St. Michael, 204
HWEs (Healthy Work Environments), 78
Optimización de los resultados de los pacientes/clientes, de la organización y del sistema sanitario, 80–81
Desarrollo y sustentando prácticas seguras y eficaces de dotación de personal y carga de trabajo GBP, 80, 87
estudios de caso, Hospital St. Michael, 204
Designation como BPSO (Best Practice Spotlight Organization). *Ver también* Modelo Académico; Programa GBP; estudios de caso/ejemplos; Modelo Directo; Modelo Host; Modelo de Servicio
aplicación de las características de las innovaciones de éxito de Rogers, 298–301
auditoría/feedback, 156–157
básico, 109–110
capacitación, 150–154
compromisos de RNAO, 158–159
creación de, 142–143
EBs (Perfiles de Evidencia), 23, 422–423, 428–431
Estrategias de implantación, 147–148, 173
estudio de caso: Bayshore HealthCare Ltd, 201–204
estudio de caso: Bluewater Health, 192–196

estudio de caso: Centro Hospitalario Sunnybrook, 179–183
estudio de caso: Centro Sanitario West Park, 174–178
estudio de caso: Experiencia de FOSCAL Implantando las Guías de Buenas Prácticas de la RNAO, 370–380
estudio de caso: Experiencia de la Clínica las Condes Implantando las Guías de Buenas Prácticas de la RNAO, 380–388
estudio de caso: Experiencia de la FCI-IC Implantando las Guías de Buenas Prácticas de la RNAO, 361–370
estudio de caso: Hospital St. Michael, 204–210
estudio de caso: North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic, 196–200
estudio de caso: Residencia St. Peter's, 280–281
estudio de caso: Saint Elizabeth, 169–174
estudio de caso: Toronto Public Health, 189–192
etapas para lograr la designación, 163–166
evaluación, 156
factores de éxito, 149–157, 159
Implantación de la investigación colaborativa, 23
información, difusión de, 155
objetivos, 143
proceso de selección, 143–144
progreso, seguimiento/notificación, 155–156
requerimientos de, 144–145, 157–158, 306
sostenibilidad, 154–155, 173
Día de puertas abiertas en Queen's Park, 475, 488
Día Mundial de la Diabetes, 488
diabetes
Día Mundial de la Diabetes, 488
Diabetes Canadá, 485–488
estudios de caso/ejemplos
BUCM Escuela de Enfermería, 337
conectando la evidencia y la intercesión para el financiamiento de los dispositivos de descarga en Ontario, 485–489
DongZhiMen Hospital, 343–344, 347, 352–353
FCI-IC (Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología), 362–364, 367
Hospital St. Michael, 205
Hospitales españoles, 326
Saint Elizabeth, 169, 171
GBP
Administración de insulina subcutánea en adultos con diabetes tipo 2, 171, 326
La disminución de las complicaciones del pie en las personas diabéticas, 125–126, 171, 326
Valoración y manejo de úlceras del pie diabético, 122, 337, 343, 362–364
heridas crónicas y úlceras por presión Canadá, 485–487
IDF (Federación Internacional de Diabetes), 485–486
Diabetes Canadá, 485–488
Difusión de innovaciones, 288
Diseño del estudio, 67
Diseño de series temporales interrumpidas
Ensayo controlado aleatorizado
Doble ciego
No cegado
Simple ciego
Ensayo no aleatorizado
Estudio de series cronológicas
Estudios de casos y controles
Casos y controles anidados
Estudios de cohorte
Cohorte prospectiva
Cohorte retrospectiva
Estudios de corte transversal
Estudios de prevalencia
Etnografía
Fenomenología
Guía clínica
Metaanálisis
Metasíntesis
Método mixto
Prueba pre-post con o sin grupo de control
Revisión bibliográfica
Revisión sistemática
Teoría fundamentada
Teoría social crítica
División de Salud y Medicina, Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería, y Medicina. *Ver* IOM
DongZhiMen Hospital, China
designación como BPSO, Modelo de Servicio, 352–353
desafíos, 353–354
futuro de, 355
diferencias culturales, 354
EBP (evidence-based practice), 354–355
GBP en la práctica clínica
"Champions" o impulsores, 347, 349–350
cuestionarios de satisfacción del paciente, 348–349
evaluación, 348
facilitadores y barreras, 343–344
implantación, 345–348
lagunas, identificación de, 340–343
NQuIRE, 348
seguimiento, 348
traducción, 335–336
uso sostenido, 349–350
infraestructura BPSO, 336

E

EBs (Perfiles de Evidencia), 23, 422–423, 428–431
ECCO (Enhancing Community Care for Ontarians), 473
Educación práctica en enfermería, 81
Eficacia y eficiencia, 288
eHealth
Adoptando soluciones de eHealth: Implantación y estrategias, 133–137
comienzo de, 118–119
conjunto de indicaciones enfermeras, 121–123
ALERTS, 127–128
BPSO, 128
HHF (Factores humanos en la atención de salud), 123
ICN mapeado con la ICNP, 16, 124–125
ICNP sistema de codificación numérica, 124–125, 127
intervenciones orientadas a la acción, 122, 125–126
NQuIRE, 128–129
proceso de desarrollo, 123–124
recomendaciones para la práctica, 122, 125–126
recursos de apoyo a la toma de decisiones clínicas, 127
terminología ISNOMED CT, 124–125
Proyecto de la Red de Líderes de Enfermería, 119, 128–131
RNAO Guías de Buenas Prácticas para enfermería app, 119–121, 131
eHealth recurso, 16
Encuesta de Experiencia del Consumidor, 444, 451–453
enfermeras/enfermeria. *Ver también*
HWEs GBP
Consejos y herramientas para enfermeras
Desarrollando y sustentando el liderazgo en enfermería, 81
Desarrollo y mantenimiento de la atención de salud interprofesional, 81

Liderazgo en el punto de cuidados, 81
Manejo y reducción de conflictos, 81
Manejo y reducción de fatiga, 81
Prevención y manejo de la violencia, 81
GBP
Aceptando la diversidad cultural en la atención de la salud: Desarrollo de la competencia cultural, 78, 205
Desarrollando y sustentando el liderazgo en enfermería GBP, estudios de caso/ejemplos
Bayshore HealthCare, 203
FCI-IC (Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología), 364
HWEs (Entornos de trabajo saludables), 78, 80–81
Residencia St. Peter's, 280
Saint Elizabeth, 172
Desarrollo y mantenimiento de la atención interprofesional en salud, 78, 80–81, 206
Desarrollo y mantenimiento de prácticas seguras y eficaces de dotación de personal y carga de trabajo, 80, 87, 205
Manejo y reducción de conflictos en los equipos de atención de salud, 80–81, 203
Manejo y reducción de la fatiga de las enfermeras en el cuidado de la salud, 80–81, 206
Práctica colaborativa entre equipos de enfermería, 78, 197
Práctica colaborativa interprofesional en enfermería, 80, 87, 203
Prevención y manejo de la violencia en el lugar de trabajo, 81, 87, 202
Profesionalismo en enfermería, 78, 205, 207, 221
Salud, seguridad y bienestar enfermero en el lugar de trabajo, 78, 205, 207
Guías de Buenas Prácticas para enfermería app, 119–121, 131
Proyecto de la Red de Líderes de Enfermería, 119, 128–131
enfermería, como órgano político, 466–467
Entorno de trabajo. *Ver* guías de entornos laborales saludables
Entornos de trabajo saludables, Guía de referencia rápida, 81. *Ver también* HWEs; GBP
entrenador, BPSO
aspectos básicos, 147–148, 154
formación, 311–312
internacional, 152
seguimiento/notificación, 155
Escala de Braden, 362, 367, 373
Escala de Likert, 37
Escala de Morse, 373
Escuela de Enfermería de West Indies en Jamaica, 229
Establecimiento de relaciones terapéuticas GBP, 169, 220
estudios de caso
Bluewater Health, 193
Hospital St. Michael, 205, 207
Mental Health and Addiction Initiative, 246
Estándares de Salud Pública de Ontario, 189
Estándares para Guías fiables, 34
Estrategias para la ayuda a la toma de decisiones para los adultos que viven con enfermedad renal crónica GBP, estudios de caso/ejemplos
Bluewater Health, 193
HWE GBP, 129, 131
Integración curricular, 228
North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic, 197–199
estudios de caso/ejemplos
designación como BPSO
Bayshore Healthcare Ltd.: Home Care Sector, 201–204
Bluewater Health, 192–196
CARS (Servicio de Rehabilitación de Adelaida Central), Australia, 437, 439–441, 445–456
Central Adelaide Local Health Network MHD (Mental Health Directorate), 437, 440
Centro Hospitalario Sunnybrook, 179–183
Centro Sanitario West Park, 174–178
Hospital St. Michael, 204–210
North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic, 196–200
Residencia St. Peter's, 280–281
Saint Elizabeth, 169–174
Tilbury Manor, 276–277
Toronto Public Health,189–192
designación como BPSO, Modelo Directo
CLC (Clínica las Condes), 380–388
FCI-IC (Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología), 361–370
FOSCAL (Fundación Oftalmológica de Santander), 370–380
diabetes, conectando la evidencia y la intercesión para el financiamiento de los dispositivos de descarga en Ontario, 485–489
GBP, Ampliando (en la institución), expandiendo (en las políticas), y profundizando (enraizando en la cultura)
Iniciativa de Salud Mental y Adicciones 244–249
Prevención de las caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas, 254–260
Tobacco Intervention Initiative, 249–253
GBP, conjunto de indicaciones enfermeras
en cuidados agudos, 132
en cuidados de larga estancia, 132–133
en cuidados domiciliarios, 131
HWE (Healthy Work Environment), Hospital Scarborough and Rouge, 87
LTC (Cuidados de Larga Estancia)
Extendicare Haliburton, 275
Residencia St. Peter's, 280–281
Tilbury Manor, 276–277
SIS (servicios de inyección)
conectando la evidencia y la intercesión para el establecimiento de servicios supervisados de inyección en Ontario, 477–483
PWID (personas que se consumen drogas inyectadas), 483
Evaluación Modelo, BPSO, 443–445
evolución deliberada, 11, 403–404, 424
Extendicare Haliburton estudio de caso, 275

F

Facilitar el aprendizaje centrado en el usuario GBP, 228
estudios de caso/ejemplos
Bayshore HealthCare, 202
BUCM Escuela de Enfermería, 338–339
DongZhiMen Hospital, 352–354
Iniciativa en Salud Mental y Adicciones, 246
integración curricular, 337–339
Modelo LEARNS, 338
selección/traslado, 335
Factores humanos en la atención de salud (HHF), 123
Falls Prevention/Injury Reduction Getting Started Kit, 9

Falls Virtual Collaborative, 16
FCI-IC (Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología) estudio de caso, Colombia, 361–370
FDF (Formador de Formadores) Modelo, 152, 310–312
FDFEE (Formador de formadores expertos en evaluación), 13, 310–312
FDFEI (Formador de formadores expertos en implantación), 304, 309–312
Federación Canadiense de Enfermeras en Salud Mental (CFMHN), 246
Federación Internacional de Diabetes (IDF), 485–486
FEI (Formado experto en implantación), 13, 304, 309–312
fidelidad, 23, 157, 302–303, 305–310, 313–314, 361, 388–390
financiación, 488
Finanzas y Administración, departamento de RNAO, 18
Formado experto en implantación (FEI), 13, 304, 309–312
Formador de formadores expertos en evaluación (FDFEE), 13, 310–312
Formador de formadores expertos en implantación (FDFEI), 304, 309–312
Formadores expertos, 152, 304, 311–312
formato PICO, 44
FOSCAL (Fundación Oftalmológica de Santander) estudio de caso, Colombia, 370–380
Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología (FCI-IC) estudio de caso, Colombia, 361–370
Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL) estudio de caso, Columbia, 370–380. *Ver también* FOSCAL

G

GBP (Guías de Buenas Prácticas) Programa. *Ver también* designación como BPSO
  características de, 12–14
  conjunto de indicaciones enfermeras, 16–17
    estudio de caso: Conjunto de indicaciones enfermeras en atención domiciliaria, 131
    estudio de caso: Conjunto de indicaciones enfermeras en cuidados agudos, 132
    estudio de caso: Conjunto de indicaciones enfermeras en Cuidados de Larga Estancia, 132–133
  desarrollo de estándares, 33–34
  estudio de caso: Iniciativa de Intervención del Tabaco, 249–253
  estudio de caso: Mental Health and Addiction Initiative, 244–249
  estudio de caso: *Prevención de las caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas*, 254
  evolución de, 9–19, 52–53
  factores de éxito, 20–21
  futuro de, 22–23
  Guías fiables, 33–37
    Guías 2.0, 34–35
    valoración de, AGREE II, 35–36
    valoración de, NEATS, 37, 52
  Marco Conceptual temático, 38
  metas/objetivos, 10–11
  modelo de, 12
  orígenes de, 9–19
  proceso de desarrollo de las guías, 19–20
    actualización, 48
    matriz de identificación de prioridades, 39, 59–60
    miembros del equipo RNAO, 61
    Niveles de evidencia, 68
    panel de expertos, 40–43
    plazos para, 56–58, 61
    PPEC (Consejo de participación de pacientes y público), 53
    publicación y difusión, 48
    recomendaciones, formulación de, 45–46
    recomendaciones, proceso de elaboración, 46
    revisiones de la literatura, 42–45, 68–69
    selección del tema, 39–40
    sistemas de clasificación, 32, 49–53
  propósito de, 61
  seguimiento, evaluación, e investigación, 18–19
  términos de referencia, 61
  tipos de guías de práctica clínica, 41
  traducción a otros idiomas, 17, 38
Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan, España, 325
Gestión y Tecnología de la Información
  Departamento de RNAO, 18
  NQuIRE, 403, 407
GIN (Red Internacional de Guías) Grupo de trabajo, 34–35, 48
Good Nursing, Good Health: An Investment for the 21st Century, 9
GRADE (Clasificación de la Evaluación de las Recomendaciones, Desarrollo y Evaluación)
  GRADE CERQual (Fiabilidad en la evidencia de las revisiones con investigación cualitativa), 51–52
  Programa GBP
    formulación de recomendaciones, 49–52
    proceso de desarrollo, 32
Grupo de interés de enfermeras de prisiones de Ontario, 248
Grupo de interés de enfermeras en salud mental, 248
Grupo de trabajo de enfermería de Ontario, 9
Grupo de trabajo provincial sobre opiáceos (POWG), 248
Grupo Thrive, 280
Grupos de trabajo sobre normas nacionales de seguridad y calidad de los servicios de salud, 439
Guía Educativa para Facultades de Enfermería (NFEG): El Consumo de Tabaco y los Riesgos Asociados para la Salud, 251, 297
Guías de Buenas Prácticas para enfermería app, 119–121, 131
guías de práctica clínica (CPG), 361
Guías de Práctica Clínica Podemos Confiar Informe, 33–34
Guías para la educación superior en Colombia, 219
Guidelines 2.0, 34–35

H

Health Quality Ontario (HQO), 402
Herramienta de evaluación de casos y controles CASP
  Herramienta AGREE II, 67
  Herramienta Cochrane de evaluación cuasi-experimental de Salud Pública, 67
  Herramienta de ensayos clínicos controlados adoptada de los Institutos Nacionales de Salud, 67
  Herramienta de evaluación AMSTAR, 67
  Herramienta de evaluación CASP RCT, 67
  Herramienta de evaluación cualitativa CASP, 67
  Herramienta de evaluación de casos y controles anidados CASP, 67
  Herramienta de evaluación de cohortes CASP, 67
  Herramienta de evaluación de métodos mixtos, 67

Herramienta de evaluación transversal CASP, 67
Herramienta de evaluación de cohortes CASP
Herramienta AGREE II, 67
Herramienta Cochrane de evaluación cuasi-experimental de Salud Pública, 67
Herramienta de ensayos clínicos controlados adaptada de los Institutos Nacionales de Salud, 67
Herramienta de evaluación AMSTAR, 67
Herramienta de evaluación CASP RCT, 67
Herramienta de evaluación cualitativa CASP, 67
Herramienta de evaluación de casos y controles anidados CASP, 67
Herramienta de evaluación de cohortes CASP, 67
Herramienta de evaluación de métodos mixtos, 67
Herramienta de evaluación transversal CASP, 67
Herramienta de evaluación transversal CASP
Herramienta AGREE II, 67
Herramienta Cochrane de evaluación cuasi-experimental de Salud Pública, 67
Herramienta de ensayos clínicos controlados adoptada de los Institutos Nacionales de Salud, 67
Herramienta de evaluación AMSTAR, 67
Herramienta de evaluación CASP RCT, 67
Herramienta de evaluación cualitativa CASP, 67
Herramienta de evaluación de casos y controles anidados CASP, 67
Herramienta de evaluación de cohortes CASP, 67
Herramienta de evaluación de métodos mixtos, 67
Herramienta de implantación. *Ver* Herramienta de implantación de las guías
Herramienta de Implantación de Guías de Buenas Prácticas, 170
BPSO Modelo Académico, 221–226
BPSO Programa de Orientación, 303
Evaluación del entorno y de los grupos de interés, 170
HWE GBP, 86
Impulsores/Red de impulsores, 98
Innovaciones, 292
Marco Conceptual KTA
Ciclo de Acción, 103–104, 221–222
designación como BPSO, 148
Generación de conocimiento, 103–104, 221–222
LTC BPP, 268, 271
Programa de GBP, 102–104
origen de, 102–103
Recursos para Educadores, 106–109
secciones de, 104–105
Herramienta de Implantación de Guías de Práctica clínica. *Ver Herramienta de Implantación de Guías de Buenas Prácticas*
Herramienta de valoración de métodos mixtos, 67
Herramienta para los servicios de inyección supervisada, 479
HHF (Factores humanos en la atención de salud), 123
Hospital Clínico San Carlos, España, 322
Hospital de la Universidad de Iowa (UIH), 170
Hospital Doctor José Molina Orosa, España, 322
Hospital Lyell McEwin, Australia, designación como BPSO, 441
Hospital Medina del Campo, España, 322
Hospital Modbury, Australia, 441
Hospital Rafael Méndez de Lorca junto con la Universidad de Lorca, España, 322
Hospital Universitario Donostia, España, 325
Hospital Universitario Puerto Real, España, 325
Hospital Universitario Vall d'Hebrón, España, 322
Hospital Valle de Nalón, España, 325
Hospitales de Sierrallana y Tres Mares, España, 322
HQO (Calidad en salud de Ontario), 402
HRC (Centro Rehabilitación Hampstead), Australia. *Ver también* CARS
NQuIRE KPIs, 452–453
Rondas de revisión horaria, 449–451
HWEs (Entornos de trabajo saludables) GBP
características, 71
componente cognitivo/psicosocial/social/cultural, 74–75, 79–80
Componente de implantación
evaluación de, 80–81
éxito de, 70
Herramienta de Implantación, 86
Componente profesional/educacional, 75–76, 80
Componentes físicos y estructurales de las políticas 73–74, 80
definición de, 71
desarrollo metodológico, 76–77
elementos necesarios, 82
entornos de trabajo y resultados
para las enfermeras, 82–84
para las organizaciones, 84–85
para los pacientes, 84
para los sistemas de salud, 85–86
estudio de caso: HWE GBP y excelencia clínica: Experiencia del Hospital Scarborough and Rouge, 87
futuro de, 88
guías fundacionales, 78–79
HWE Modelo Conceptual, 71–76
origen de, 70
sistemas y entornos de trabajo saludables GBP, 81
recomendaciones, 77–78

I

IAGBP (Centro de International de Asuntos Internacionales y Guías de Buenas Prácticas)
departamento de RNAO, 18
Director del Centro, 61
GBP
actualización, 48
mandato del programa, 61
NQuIRE
equipo de evaluación y seguimiento, 403, 409, 413
proceso de desarrollo, 401–402
ICN (Consejo Internacional de Enfermería)
mapeo a los códigos de la ICNP, 124–125
Programa de eHealth, 16
ICNP (Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería)
conjunto de indicaciones enfermeras, 16–17
sistema de codificación numérico, 124–125, 127
Identidad colectiva, 21–23, 151–152, 158, 302–304, 307–308, 388–390
Identificación y manejo de la disfagia después de un ictus: Investigación de la práctica de enfermería basada en la evidencia disertación, 350

IDF (Federación Internacional de Diabetes), 485–486
IKT (traslación integral del conocimiento), 111–112
"Implantación de las Guías de Buenas Prácticas: Valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión: Experiencia de la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL)" artículo, 372, 380
implantación del conocimiento, 113
Implementation Research Collaboratory, 23
Impulsores/Red de impulsores de Buenas Prácticas de BPSO
  aspectos básicos, 98–100, 153
  edición de GBP, 13, 142–143
  Encuesta a los impulsores de la práctica de BPSO, 444–449
  formación, 152, 311–312
In situ SIS (servicios supervisados de inyección). *Ver* SIS
Indicadores de Calidad Enfermera para la Monitorización y la Evaluación. *Ver* NQuIRE
Iniciativa de Intervención en materia de Tabaco estudio de caso, 249–253
Iniciativa de puertas abiertas en Queen's Park (QPOR), 475, 480
Iniciativa en Salud Mental y Adicciones estudio de caso, 244–249
Iniciativa lleve a su miembro del Parlamento provincial al trabajo, 475
Iniciativa Nacional de Intervención en Tabaco, 253
Iniciativa Pancanadiense para la *Prevención del Abuso y la Negligencia de los Adultos Mayores* GBP, 17
Iniciativa para el cese del hábito tabáquico en enfermería, 17
innovaciones independientes, 243
innovaciones paradigmáticas, 243
Instituto Canadiense de Información Sanitaria, Calidad en salud de Ontario, 403
Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI), 411–412
Instituto Canadiense para la Seguridad del Paciente (CPSI), 16
Instituto de Ciencia y Tecnología de Colombia (COLCIENCIAS), 369
Instituto de Formación Clínica, 154
Instituto de Innovación y Mejora Modelo de Sostenibilidad, NHS, 200
Instituto de Medicina (IOM)
  Estándares para Guías fiables, 34
  Guías de práctica clínica en las que podemos confiar, 33–34
  Red Internacional de Guías de Práctica clínica, 33
Instituto de Salud Carlos III, 321
Institutos de formación, 100–101, 152, 154
Institutos Nacionales de Salud, Herramienta de Ensayos Clínicos Controlados, 67
"Instrucciones para autores," *BMJ*, 50
Instrumento Colaborativo de Adherencia Nacional a Estándares Confiables (NEATS), 37, 52
Instrumento de evaluación cuasi-experimental en salud pública Cochrane, 67
Instrumento de Valoración del Residente - Conjunto mínimo de datos (RAI-MDS) indicadores de calidad
  GBP, nuevas o revisadas, 403
  residencias de LTC, informes, 273
  sistema de datos NQuIRE, 421
Instrumentos CASP, 52, 67
Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco en la práctica diaria GBP, estudios de caso/ejemplos
  Bluewater Health, 193
  Hospital St. Michael, 205
  Hospitales españoles, 326
  North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic, 196
  Tobacco Intervention Initiative, 249–253
Intervención en crisis GBP, estudios de caso
  Hospital St. Michael, 205
  Mental Health and Addiction Iniciativa, 246
Intervenciones para la depresión postparto GBP, estudios de caso
  Hospital St. Michael, 205
  Iniciativa en Salud Mental y Adicciones, 246
  North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic, 196
Intra-profesional práctica colaborativa interprofesional en enfermería GBP, estudios de caso/ejemplos
  Bayshore HealthCare, 203
  HWE (Healthy Workplace Environment) GBP, 80, 87
Investigación colaborativa. *Ver Implantación de la investigación colaborativa*
IOM (Instituto de Medicine)
  Estándares para Guías fiables, 34
  Guías de práctica clínica en las que podemos confiar, 33–34
  Red Internacional de Guías de Práctica clínica, 33

K

KTA (Knowledge-to-Action) Marco Conceptual
  Ciclo de acción, 103–104, 221–222
  Generación de conocimiento, 103–104, 221–222
  implantación de BPSO, 148
  LTC BPP (Cuidados de Larga Estancia Programa Buenas Prácticas), 271
  Programa GBP, 102–104

L

Lactancia materna Guías de Buenas Prácticas para enfermería GBP, estudios de caso/ejemplos
  Hospital St. Michael, 205
  Hospitales españoles, 323, 326
  North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic, 197
League of Excellence for LTC, 270
Ley de Protección de Datos Personales y Documentos Electrónicos, *2000*, 407
Ley de Protección de la Información Personal de Salud, 2004, 407
LHINs (Local Health Integration Networks), 473
Líder del BPSO, 149, 304, 309, 311–312
Liderazgo Transformacional en el Punto de Atención: Enfoques y resultados en los Cuidados de Larga Estancia, 281
Líderes de, GBP, 149, 152, 311–312
Líderes del equipo de desarrollo
  actualización, 48
  AGREE II tool, 43
  análisis de las partes interesadas, 47
  con NRAs (Asociados de investigación en enfermería), 43
  revisiones de la literatura, 42–45, 61
  selección de panel de expertos, 41
Liga de Excelencia para LTC, 270
Local Health Integration Networks (LHINs), 473
LTC (Cuidados de Larga Estancia)
  contexto de, 266–267
  estudio de caso: Extendicare Haliburton, 275
  estudio de caso: Residencia St. Peter's, 280–281
  estudio de caso: Tilbury Manor, 276– 277
  historia, 266–267
  Iniciativa de Cuidados de Larga Estancia Buenas Prácticas, 266–267

NHSRU (Unidad de Investigación en Servicios de Salud de Enfermería), 267
Premio de Excelencia del Ministro de Salud, 267
LTC (Cuidados de Larga Estancia) Colaborativos
caídas, prevención de, 254
LTC Colaboración Nacional, 255–256
Modelo de intervención en caídas, recursos para el cambio, 254–255
LTC BPP (Programa de Cuidados de Larga Estancia Buenas Prácticas), 16
análisis de carencias, 271–273
Cuidados de Larga Estancia Coordinadores de Buenas Prácticas, 268–269
designación como BPSO, 277–279
evaluación, 274
Herramienta para los Buenas Prácticas en Cuidados de Larga Estancia, 270
indicadores de calidad RAI-MDS, 273
KTA Marco Conceptual, 271
Liga de Excelencia para LTC, 270
Marco Conceptual orientador, 268–274
Recurso electrónico de orientación para enfermería en LTC, 270

M

Maltrato a la mujer: Detección, identificación y respuesta inicial GBP, estudios de caso/ejemplos
Hospital St. Michael, 205
Iniciativa en Salud Mental y Adicciones, 246
North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic, 196–197
Toronto Public Health, 191
WCHN (Women's and Children's Health Network), 440
Manejo de la hipertensión en enfermería GBP, estudios de caso
Hospital St. Michael, 205
North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic, 197
manejo del dolor, *Valoración y manejo del dolor* GBP/estudios de caso, 202
Bluewater Health, 193
Centro Hospitalario Sunnybrook, 181
Centro Sanitario West Park, 175
CLC (Clínica las Condes), 387
FOSCAL (Fundación Oftalmológica de Santander), 371–374, 378
Hospital DongZhiMen, 347–349, 353
Hospital St. Michael, 206, 208
Hospitales españoles, 323, 326
North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic, 196, 198
Residencia St. Peter's, 280
Manejo y reducción de conflicto: Consejos y herramientas para enfermeras GBP, estudios de caso, HWEs, 81
Manejo y reducción de conflictos en los equipos de atención de salud GBP, estudios de caso/ejemplos
Bayshore HealthCare, 203
HWEs, 80–81
Manejo y reducción de la fatiga: Consejos y herramientas para enfermeras, 81
Manejo y reducción de la fatiga de las enfermeras en el cuidado de la salud GBP, estudios de caso/ejemplos
Hospital St. Michael, 206
HWEs, 80–81
Marco Conceptual Indicadores y Sub-Indicadores de la Implantación de Guías de Buenas Prácticas, 111
Marco Conceptual Knowledge-to-Action. *Ver* KTA marco conceptual
Marco Conceptual para la calidad de los datos, NQuIRE, 409
BPSO, percepciones, necesidades, y experiencias, 410–411
componentes, 412–421
versus otros Marco Conceptuales, 411–412
Marco Conceptual POP (Persona-Organización-Práctica), 442–443
Marco Conceptual sostenibilidad dinámica, 155
matriz de identificación de prioridades, 39, 59–60
Medicina Tradicional China (MTC)
DongZhiMen Hospital, 353
EBE (Enfermería Basada en la Evidencia), 355
Medioambiente y grupos de interés Valoración, Herramienta de Implantación de Guías de Buenas Prácticas, 170
medios sociales, 112, 472
Meditech, 132
Mejorando el Cuidado Comunitario para los Ontarianos (ECCO), 473
Mejorando la participación de los clientes que consumen sustancias GBP, estudios de caso/ejemplos
conectando la evidencia y la intercesión para el establecimiento de servicios supervisados de inyección en Ontario, 477–483
Iniciativa en Salud Mental y Adicciones, 246
Mejorar el desarrollo saludable de los adolescentes GBP, estudios de caso, Iniciativa en Salud Mental y Adicciones, 246
Melucci, Alberto, identidad colectiva, 21–22
Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), 388
Ministerio de Salud de New Zealand (NZMH), 411–412
Ministerio de Salud y Cuidados de Larga Estancia. *Ver* MOHLTC
MINSAL (Ministerio de Salud de Chile), 388
Modelo ARCH (Autoevaluación, Refuerzo, Corrección, Ayuda), 156
Modelo de BPSO académico, 350–353
evaluación de, 233–235
finalidad, 220–221
futuro, 355
implantación de, 221–227
integración dentro del curriculo, 227–230
investigación, 234–235
retos, 230–232, 353–354
sostenibilidad, 230–232
Modelo de estrella de Lawler, 175
Modelo de evaluación en cuatro niveles de Kirkpatrick, 233–234
Modelo de Servicio, BPSO, 146, 304, 352–353
Modelo Directo, BPSO
auditorías y feedback, 156–157, 304–305
compromisos de RNAO, 158–159
descripciones de, 15, 146
difusión a nivel meso, 301–303
Modelo Host, relación con, 145, 156
NQuIRE, 305
resultados de infraestructura, 149–150
Modelo Host, BPSO, 436–438
auditorías y feedback, 156–157, 304–305
compromisos de RNAO, 158–159
descripciones de, 15, 146
difusión a nivel macro, 301–303
factores de éxito, 158
Modelo Directo, relaciones con, 145, 156
NQuIRE, 305
perspectiva general, 145, 147–148
Modelo Star, de Lawler, 175
MOHLTC (Ministerio de Salud y Cuidados de Larga Estancia), Ontario Programa
complicaciones del pie relacionadas con la diabetes, soporte para, 485–486
GBP, 19
financiación, 39

propósito, finalidades y objetivos, 10–11
Iniciativa de Buenas Prácticas en Cuidados de Larga Estancia, 266–267
Iniciativa en Salud Mental y Adicciones, alianza con, 248
matriz de identificación de prioridades, 40, 59
Programa de enfermería y eHealth, 118
movimientos de base para políticas públicas saludables, 470–471, 474
movimientos sociales, 19, 21, 96, 243, 389

N

NALHN (Northern Adelaide Local Health Network), Australia, designación como BPSO, 437, 439–442
National Collaborative en Prevención de Caídas en Cuidados de Larga Estancia. *Ver* LTC
National Guideline Clearinghouse. *Ver* NGC
National Health System (NHS) Institute for Innovation and Improvement Sostenibilidad Modelo, 200
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Indicadores de calidad, 401
NFEG (Guía Educativa para Facultades de Enfermería): El Consumo de Tabaco y los Riesgos Asociados para la Salud, 251, 297
NGC (National Guideline Clearinghouse)
AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), 17
estándares de GBP
desarrollo de, 33
Instrumento NEATS, 37, 52
repositorio global, 37
NHS (Sistema Nacional de Salud) Instituto de Innovación y Mejora Modelo de Sostenibilidad, 200
NICE (National Institute for Health and Care Excellence), indicadores de calidad, 401
Niveles de Evidencia, GBP, 68
Nomenclatura Sistematizada de Términos Médicos y Clínicos (SNOMED CT), 124–125
North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic estudio de caso, 196–200
North Bay-Parry Sound District Health Unit, 198
Northern Adelaide Local Health Network (NALHN), Australia, designación como BPSO, 437, 439–442
Northern Mental Health service, Australia, designación como BPSO, 441
NQuIRE (Indicadores de Calidad Enfermera para la Monitorización y la Evaluación), 19, 407
BPSO-NQuIRE Modelo de Evaluación, 423–424
CarEvID database, 328
conjunto de indicaciones enfermeras, 128–129
Cursillos de entrenamiento, 413
Departamento de Gestión y Tecnología de la Información publicando diccionarios de datos, 403
seguridad/privacidad, 407
designación como BPSO
bucles de retroalimentación con, 421
fidelidad/garantía de calidad, 305
indicadores educacionales, 234
EBs (Perfiles de Evidencia), 23, 422–423, 428–431
equipo de evaluación y seguimiento, 403
Estándares GRADE, 404
GIN, 421
historia/objetivo de, 398
HWEs, 87
IAC, 406–407
IAGBP
equipo de evaluación y seguimiento, 403, 409, 413
proceso de desarrollo, 401–402
indicadores
académicos, 406
categorías, 406
desarrollo de indicadores, 401–406
estructura, 399–400
frecuencia de recogida de datos, 401
proceso, 400
resultados, 400–401
Marco Conceptual de calidad de los datos, 409
BPSO, percepciones, necesidades y experiencias, 410–411
componentes, 412–421
versus otros marcos conceptuales, 411–412
Marco Conceptual de Indicadores y Sub-Indicadores de Implantación de Guías de Buenas Prácticas, 111
Modelo Donabedian de EPR (estructura-proceso-resultado), 398–399
pilar de evaluación/seguimiento, 397
Programa GBP, STOP recomendaciones, 404
seguridad/privacidad, 407–408
NZMH (Ministerio de Salud de Nueva Zelanda), 411–412

O

OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico)
indicadores, revisión, 401
Marco Conceptual de calidad de los datos, 411–412
OHTAC (Health Technology Advisory Committee), 488
Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD)
indicadores, revisión, 401
Marco Conceptual de calidad de los datos, 411–412
OTRU (Ontario Tobacco Research Unit), 252

P

panel de expertos
proceso de desarrollo de guías
actualización, 48
análisis de las partes interesadas, 47–48
formulación de recomendaciones, 45–46
planes para, 64
publicación y difusión, 48
revisiones de la literatura, 42–45
TOR (términos de referencia) documentos, 41
responsabilidades, 41–42, 61–62
suscripción
gastos para, 39, 63
representación equitativa, 41
SMEs como potenciales miembros, 40
participación de los pacientes, 111–112
PEACE (Centros de excelencia para la prevención del abuso en mayores), 17
Perfiles de Evidencia (EBs), 23, 422–423, 428–431
Persona-Organización-Práctica (POP) Marco Conceptual, 442–443

PIA (Valoración de impacto en la privacidad), 407
PointClickCare, 132
políticas públicas. *Ver* políticas públicas de salud
políticas públicas saludables
Marco Conceptual de la RNAO para el avance de una política pública saludable, 469
pilar de defensa, 469–476
pilar de evidencia, 469–470
pilares de defensa y de evidencia, 476–477
políticos, apoyo a las políticas públicas, 472, 474–476
potencia (powering), 7–8, 169, 172, 184, 280, 386–388, 471–476, 478
POWG (Grupo de trabajo provincial sobre opiáceos), 248
PPEC (Consejo de participación de pacientes y público), 53
Práctica colaborativa entre equipos de enfermería GBP, estudios de caso/ejemplos
HWEs (Healthy Work Environments), 78
North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic, 197
Práctica y organización eficaz de la atención de Cochrane, 304
Premio a la Excelencia en el Liderazgo, Ontario, Cuidados de Larga Estancia Asociación, 276
Hospital Scarborough and Rouge, 87
Hospital St. Michael, 205
Prevención de caídas. *Ver también Prevención de las caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* GBP
Ciclo de Aprendizaje Guiado Sobre las Caídas, 16, 257–258
Colaboración Virtual, Prevención de Caídas, 16, 256–257
Iniciativa de Prevención de Caídas, 259–260
LTC (Cuidados de Larga Estancia) colaborativo, 254
LTC Colaboración Nacional, 255–256
Modelo de intervención de caídas, conjunto de cambios, 254–255, 258, 260
Prevención de caídas/reducción de lesiones, kit de iniciación, 16
Prevención de caídas y cuidado seguro en el hogar Colaboración de Mejora Virtual, 259
Prevención de las caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas GBP
estudios de caso/ejemplos
Bayshore HealthCare, 202
Bluewater Health, 193
Centro Sanitario Sunnybrook, 181
Centro Sanitario West Park, 175
FCI-IC (Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología), 362, 364, 366
FOSCAL (Fundación Oftalmológica de Santander), 371–375
Hospital St. Michael, 205, 208–209
Hospitales españoles, 323, 326
NALHN (Northern Adelaide Local Health Network), 442
NQuIRE indicadores de resultados, 401
Residencia St. Peter's, 280
SHN! (¡Cuidados de salud más seguros ahora!) colaboración RNAO, 254–260
Kit de Inicio, 16, 258, 260
Sostenibilidad Cuaderno de trabajo, 258, 260
Prevención primaria de la obesidad infantil GBP, estudios de caso/ejemplos
Hospitales españoles, 326
integración curricular, 228
Toronto Public Health, 191
Prevención y manejo de la violencia: Consejos y herramientas para enfermeras, estudios de caso, HWEs, 81
Prevención y manejo de la violencia en el lugar de trabajo GBP, estudios de caso, 81
Prevención y tratamiento del abuso y la negligencia en las personas mayores GBP, estudios de caso/ejemplos
Enfoques Centrados en la Persona, en colaboración y para todo el sistema, 280
Residencia St. Peter's, 280
Toronto Public Health, 191
Prevención y tratamiento del abuso y la negligencia en las personas mayores GBP, Iniciativa Pan-Canadiense, 17
Problemas cardiacos/ictus, GBP
Manejo de la hipertensión en enfermería, 197, 205
Valoración de pacientes con ictus que reciben de urgencia trombolítica aguda (r-tPA), GBP, 127–128
Valoración y selección de dispositivos de acceso vascular, 205, 326, 387
Profesionalismo en enfermería GBP, 221
estudios de caso/ejemplos
Hospital St. Michael, 205, 207
HWEs, 78
Programa de Enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia, 388
Programa de las Primeras Naciones, los Inuits y los Métis, 171
Programa de Orientación, BPSO, 150–152, 303–304
Programas *Safer Healthcare Now!*, 16
Promoción de la continencia mediante la micción estimulada GBP, estudios de caso, Hospital St. Michael, 205
Promoción de la seguridad: Abordajes alternativos al uso de las restricciones GBP, estudios de caso/ejemplos
CARS (Servicio de Rehabilitación de Adelaida Central), 441, 447–449
Central Adelaide Local Health Network MHD (Mental Health Directorate), 440
Extendicare Haliburton, 275
Hospital St. Michael, 205
Residencia St. Peter's, 280
Proyecto de la Red de Líderes de Enfermería, 119, 128–131
Putting Out the Healthcare Fire report, 9

Q–R

QPOR (Iniciativa de puertas abiertas en Queen's Park), 475, 480

RAI-MDS (Instrumento de Valoración del Residente - Conjunto mínimo de datos) indicadores de calidad
GBP, nueva o revisada, 403
residencias de LTC, informes, 273
sistema de datos NQuIRE, 421
Rankin de Escuela de Enfermería, StFX (St. Francis Xavier University), 218–219
RCTs (ensayos clínicos aleatorizados), 49, 51, 67
Recurso electrónico de orientación para enfermería en LTC, 270
Recursos de salud mental y adicción para enfermeras educadoras, GBP, 247, 297
Recursos para el docente: Integración de Guías de Buenas Prácticas, 106–109
Red Escocesa Intercolegiada sobre Guías de Práctica Clínica (SIGN), 50, 68
Red Internacional de Guías, base de datos, 33
Red Internacional de Guías (GIN por sus siglas en inglés) Grupo de trabajo, 34–35, 48
Red Urbana de Salud Pública, 479
Reduciendo complicaciones del pie relacionadas con la diabetes GBP, estudios de caso/ejemplos
conjunto de indicaciones enfermeras, 125–126
Hospitales españoles, 326
Saint Elizabeth, 171

Reforzando y apoyando a las familias durante el proceso a través de eventos esperados e inesperados GBP, estudios de caso/ejemplos
Bayshore HealthCare, 202
Bluewater Health, 193
CARS (Servicio de Rehabilitación de Adelaida Central), 441
Hospital St. Michael, 205
Hospitales españoles, 326
Registered Nurse Journal (RNJ)
canales de comunicación, 293
GBP, difusión de, 48
promoción de políticas de salud, 471–472
Residencia St. Peter's estudio de caso, 280–281
revisiones de la literatura, 42–45, 68–69
Revisiones de los grupos interesados, 46
el rol del panel de expertos, 47–48
GBP, el rol del líder del equipo de desarrollo, 47
identificación, 224
Revista MedUNAB, 372, 380
RNAO (Asociación de enfermeras registradas de Ontario). Ver también Programa GBP; designación como BPSO
App *Guías de Buenas Prácticas de enfermería*, 119–121, 131
Aspectos de, 12–14
Cambio paradigmático en la enfermería, 5–9
Centro de Investigación y Desarrollo, acreditación, 16
Colaboraciones con CPSI (Instituto Canadiense de Seguridad del Paciente), 16
Departamento de Afiliación y Servicios, 18
Departamento de Comunicaciones, 18
Departamento de Enfermería y Política Sanitaria, 18
Departamento de Finanzas y Administración, 18
Departamento de Gestión de la Información y Tecnología, 18, 403, 407
Departamento IAGBP (centro de International de Asuntos Internacionales y Guías de Buenas Prácticas), 18
desarrollo/expansión de, 19–22
difusión de nuevas guías, 48
equipo de evaluación y seguimiento, 403
expansión del programa de emprendimiento social, 13
factores de éxito, 20–21
futuro de, 22–23
identidad colectiva, 21–22
Informe *Putting Out the Healthcare Fire*, 9
Marco Conceptual para el avance de una política pública saludable, 469
metas/objetivos, 10–11
Modelo de, 12
orígenes y evolución de, 9–19
pautas estratégicas, 10
seguimiento, evaluación, e investigación, 18–19
RNJ (Registered Nurse Journal)
abogacía de políticas de salud, 471–472
canales de comunicación, 293
difusión de GBP, 48
Rogers, Everett
aplicación de las características de las innovaciones, 298–301
Difusión de innovaciones, 288
factores de difusión, 288–296
teoría de difusión de innovaciones,169
teorías de cambio, 152

S

SAC (Código de valoración de seguridad), 454–455
Safer Healthcare Now! (SHN!) y colaboración RNAO, 254–260
Salud bucodental: Valoración e intervención de enfermería GBP, estudios de caso, Bayshore HealthCare, 202
Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermera GBP, estudios de caso/ejemplos
Hospital St. Michael, 205, 207
HWEs, 78
salud mental
CFMHN (Federación canadiense de Enfermeras en Salud Mental), 246
Competencias de salud mental en la educación de enfermería de pregrado en Canadá, 247
Delirio: Cómo puedo ayudar, Hoja informativa, 66
estudios de caso/ejemplos
Central Adelaide Local Health Network MHD (Mental Health Directorate), 437, 440
Hospital St. Michael, 206
Iniciativa en Salud Mental y Adicciones, 244–249
Northern Mental Health service, Australia, 441
GBP
Apoyo a los clientes en el tratamiento de mantenimiento con metadona, 244–249, 477
Cuidados centrados en la persona y familia, 440
Delirio, Demencia y Depresión en las Personas Mayores: Valoración y Cuidados, 65–66
Establecimiento de la relación terapéutica, 246
Estrategias de cuidado para adultos mayores con delirio, demencia y depresión, 205
Facilitar el aprendizaje centrado en el usuario, 246
Intervención en crisis, 246
Maltrato a la mujer: Detección, identificación y respuesta inicial, 246
Mejorando la participación de los clientes que consumen sustancias, 246
Mejorar el desarrollo saludable de los adolescentes, 246
Promoción de la seguridad: Abordajes alternativos al uso de las restricciones, 440
Recursos de salud mental y adicción para enfermeras educadoras, 247, 297
Valoración e intervenciones para la depresión perinatal, 246
Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida, 206, 246, 326, 440
Hoja informativa de educación sanitaria, 65–66
Mental Health Nurses Interest Group, 248
Ontario Coalition for Child and Youth Mental Health, 248
YMHAC (Impulsor en Salud Mental y Adicción Juvenil) herramienta, 246–247
Scarborough and Rouge Hospital, estudio de caso, 87
Senior Care Canada revista, 276
Servicio de Rehabilitación de Adelaida Centrals (CARS), Australia, designación como BPSO, 437, 439–441, 445–456. *Ver también* HRC
Servicios de inyección supervisada, 20
Servicios de salud para los aborígenes, Australia, 441
SHN! (Safer Healthcare Now!) y colaboración RNAO, 254–260
SIGN (Red Escocesa Intercolegiada sobre Guías de Práctica Clínica), 50, 68
Simposio de intercambio de conocimientos, 154

SIS (servicios de inyección supervisada), 477–481
Alerta de Acción: Pedir a Queen's Park que proporcione fondos de inmediato, 480
cambio en las políticas
con evidencia, 478
con GBP, 484
con movilización, 478–479
desafíos, 479
ejemplo Brad Chapman, 482
estudio de caso: Vinculación de la evidencia y la abogacía para servicios de inyección supervisada en Ontario, 477–483
PWID (personas que se consumen drogas inyectadas) ejemplo, 483–484
Sistema Nacional de Salud español, estructura, 320–321
SNOMED CT (Nomenclatura Sistematizada de Términos Médicos y Clínicos), 124–125
Sponsors, BPSO, 149, 152, 309, 311–312
SRH (Hospital Scarborough and Rouge) estudio de caso, 87
StFX (St. Francis Xavier University), Rankin de Escuela de Enfermería, 218–219
STRATIFY Escala de valoración del Riesgo de Caídas, 362, 366
suicidio. *Ver* salud mental

T

TCM (Medicina Tradicional China)
DongZhiMen Hospital, 353
EBE (Enfermería Basada en la Evidencia), 355
Técnica Delphi, 45–46
Técnica Delphi modificada, 45–46
teoría de la difusión de innovaciones, 169
teoría del cambio de Conner's, 152
teoría del cambio de Heath & Heath, 152
teoría del cambio de Kotter's, 152
Términos de Referencia (TOR) documentos, 41
Territorio de la Capital de Australia (ACT por sus siglas en inglés) (ACT), 411–412
TobaccoFreeRNAO website, 251–252
TOR (Términos de Referencia) documentos, 41
Toronto Public Health estudio de caso, 189–192
Trabajar con las familias para promover un descanso seguro para los bebés de 0 a 12 meses, 127
traducción de conocimientos basada en las artes, 112–113
translación del conocimiento, 111–113
translación de conocimientos con ayuda de la tecnología, 112
translación integrada del conocimiento (IKT), 111–112
Trent/Fleming School of Nursing, 218

U

UIH (Hospital de la Universidad de Iowa), 170
Una mente abierta, una mente sana, 248
UNAB (Universidad Autónoma de Bucaramanga) Programa de Enfermería, Colombia, 218–219
Unida de investigación en cuidados y servicios de salud, España, 145
Unidad de Investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-isciii)
designación como BPSO, 321–322
Cohorte 1, 322–326
Cohorte 2, 324–326
impacto, 329–330
implantación, 327
proceso de evaluación, 328–329
GBP
implantación de, 321
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud alineamiento, 321
Universidad de Amberes, Bélgica, Escuela de Enfermería, 221
Universidad de Chile, Escuela de Enfermería, 218–219, 360–361, 387

V

Valoración de impacto en la privacidad (PIA), 407
Valoración de pacientes con ictus que reciben de urgencia trombolítica aguda (r-tPA) GBP, 127–128
Valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión GBP, estudios de caso/ejemplos
CLC (Clínica las Condes), 381–383
FCI-IC (Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología), 362–364, 367, 369
FOSCAL (Fundación Oftalmológica de Santander), 371–374, 377
Hospital St. Michael, 206
Hospitales españoles, 326
NALHN (Northern Adelaide Local Health Network), 442
Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida GBP, estudios de caso/ejemplos
Central Adelaide Local Health Network MHD (Mental Health Directorate), 440
Hospital St. Michael, 206
Hospitales españoles, 326
Iniciativa en Salud Mental y Adicciones, 246
Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales GBP, estudios de caso/ejemplos
Centro Hospitalario Sunnybrook, 181
conjunto de indicaciones enfermeras, 129
Valoración y manejo de úlceras del pie diabético GBP
conjunto de indicaciones enfermeras, 122, 129
estudios de caso/ejemplos
BUCM Escuela de Enfermería, 337
conectando la evidencia y la intercesión para el financiamiento de los dispositivos de descarga en Ontario, 485–489
DongZhiMen Hospital, 343–344, 347, 352–353
FCI-IC (Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología), 362–364, 367
Hospital St. Michael, 205
Hospitales españoles, 326
Saint Elizabeth, 169, 171
NQuIRE indicadores, 403
Valoración y manejo del dolor GBP, estudios de caso/ejemplos
Bayshore HealthCare, 202
Bluewater Health, 193
Centro Hospitalario Sunnybrook, 181
Centro Sanitario West Park, 175
CLC (Clínica las Condes), 387
FOSCAL (Fundación Oftalmológica de Santander), 371–374, 378
Hospital DongZhiMen, 347–349, 353
Hospital St. Michael, 206, 208
Hospitales españoles, 323, 326
North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic, 196, 198
Residencia St. Peter's, 280
Valoración y selección de dispositivos de acceso vascular GBP, estudios de caso
CLC (Clínica las Condes), 387
Hospital St. Michael, 205
Hospitales españoles, 326

W – Z

WCHN (Women's and Children's Health Network), Australia, designación como BPSO, 437, 440
webinars, 48
Women's and Children's Health Network (WCHN), Australia, designación como BPSO, 437, 440
Wounds Canada, 485–487
    apoyo a complicaciones relacionadas con el pie diabético, 485–487
    apoyo para financiación de dispositivos de descarga, 486–489
    Diabetic Foot Canada Journal, 486

YMHAC (Impulsor en Salud Mental y Adicción Juvenil), herramienta, 246–247